BULLETIN Officiel

Ministère des solidarités et de la santé

Santé
Protection sociale
Solidarité

N° 7 – 15 août 2018

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

25 avril 2018

Décision du 25 avril 2018 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 2018 ..... **369**

15 mai 2018

Instruction n° DRH/SD1D/2018/123 du 15 mai 2018 relative au compte personnel de formation au sein des ministères sociaux **2**

22 mai 2018

Instruction n° DGCS/3C/CNSA/2018/126 du 22 mai 2018 relative au financement des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations (CREAI) en faveur des personnes en situation de vulnérabilité en 2018 ..... **365**

Instruction interministérielle n° DGCS/SD1/SD5C/DGS/DSS/DB/2018/127 du 22 mai 2018 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2018 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques : appartements de coordination thérapeutique (ACT), lits halte soins santé (LHSS), centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), lits d'accueil médicalisé (LAM), et « Un chez soi d'abord » **266**

31 mai 2018

Note d'information n° DGS/PP2/DGOS/PF2/2018/134 du 31 mai 2018 relative à l'actualisation de la hiérarchisation des indications des immunoglobulines humaines polyvalentes **233**

1er juin 2018

Décision n° 2018.0163/DP/SG du 1er juin 2018 portant délégation de signature (service achats, budget et finances) **92**

4 juin 2018

Arrêté du 4 juin 2018 portant nomination à la commission des comptes de la santé **198**

8 juin 2018

Instruction n° DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants **201**

Pages

11 juin 2018

Arrêté du 11 juin 2018 portant nomination d'assesseurs suppléants à la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des infirmiers 155

Arrêté du 11 juin 2018 portant nomination d'assesseurs suppléants à la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des pédicures-podologues 156

Arrêté du 11 juin 2018 portant nomination d'assesseurs suppléants à la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des sages-femmes 157

Arrêté du 11 juin 2018 portant nomination d'assesseurs suppléants à la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des médecins 158

Arrêté du 11 juin 2018 portant nomination d'assesseurs suppléants à la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des médecins 159

Instruction interministérielle n° DRH/SD3C/SGG/DSAF/2018/105 du 11 juin 2018 précisant les modalités d'application de l'arrêté du 8 juin 2018 relatif aux modalités d'organisation du télétravail dans les directions régionales et départementales de la jeunesse, des sports, et de la cohésion sociale, dans les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale et dans les directions de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale 55

12 juin 2018

Arrêté du 12 juin 2018 portant nomination d'assesseurs à la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes 160

14 juin 2018

Instruction n° DGOS/PF/2018/146 du 14 juin 2018 relative à l'accompagnement des établissements de santé pour la mise en œuvre du programme SIMPHONIE (simplification du parcours administratif hospitalier par la numérisation des informations échangées) 166

15 juin 2018

Instruction n° DGOS/R1/2018/147 du 15 juin 2018 relative à la mise en œuvre de la campagne tarifaire régionale des établissements de santé financés sous OQN 176

18 juin 2018

Décision du 18 juin 2018 portant agrément de la société Docapost BPO pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel *via* la solution Carte Blanche Partenaires 200

19 juin 2018

Arrêté du 19 juin 2018 fixant le montant des ressources d'assurance maladie dû au service de santé des armées au titre de l'activité déclarée au mois de mars 2018 162

Instruction n° DGOS/R4/2018/150 du 19 juin 2018 relative à l'appel à projet national pour l'identification de dispositifs de prise en charge globale du psychotraumatisme 223

Pages

22 juin 2018

Instruction n° DGS/SP3/DSS/CNAM/2018/125 du 22 juin 2018 relative au dispositif de soutien par le fonds de lutte contre le tabac aux actions nationales prioritaires et aux programmes régionaux de réduction du tabagisme 242

25 juin 2018

Arrêté du 25 juin 2018 relatif aux décisions de prolongation et de titularisation des médecins inspecteurs de santé publique stagiaires de la promotion 2017 1

26 juin 2018

Décision n° 2018-06 du 26 juin 2018 de la direction du groupement d'intérêt public Agence nationale des systèmes d'information partagés de santé portant délégation de signature 93

27 juin 2018

Décision n° 2018.0091/DC/DiQASM du 27 juin 2018 du collège de la Haute Autorité de santé portant création du comité de concertation pour la qualité et l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux 95

Décision n° 2018.0092/DC/DiQASM du 27 juin 2018 du collège de la Haute Autorité de santé portant nomination des membres de la commission de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux 98

Instruction n° DGOS/PF3/2018/160 du 27 juin 2018 relative aux centres de santé 179

29 juin 2018

Arrêté du 29 juin 2018 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 2018 164

4 juillet 2018

Arrêté du 4 juillet 2018 modifiant l'arrêté du 13 avril 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Corse 90

10 juillet 2018

Arrêté du 10 juillet 2018 modifiant l'arrêté du 17 novembre 2015 portant nomination des membres du Haut Conseil des professions paramédicales 161

11 juillet 2018

Arrêté du 11 juillet 2018 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 2019 265

12 juillet 2018

Arrêté du 12 juillet 2018 modifiant l'arrêté du 19 octobre 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence de santé de l'océan Indien 91

Pages

Non daté

Liste des organismes habilités pour l'évaluation des établissements et services visés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, en application des dispositions des articles L. 312-8 et D. 312-201 du code de l'action sociale et des familles actualisée par décision n° 2018.018/DC/DiQASM du 18 juillet 2018 du collège de la Haute Autorité de santé..... **100**

Liste des agents de contrôle « enquêteurs AT-MP » – branche accidents du travail et maladies professionnelles de l'assurance maladie – 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 **371**

Délégation de signature de la Caisse nationale de l'assurance maladie **152**

Sommaire thématique

Pages

ADMINISTRATION

Administration générale

Arrêté du 25 juin 2018 relatif aux décisions de prolongation et de titularisation des médecins inspecteurs de santé publique stagiaires de la promotion 2017 1

Instruction n° DRH/SD1D/2018/123 du 15 mai 2018 relative au compte personnel de formation au sein des ministères sociaux 2

Services déconcentrés

Instruction interministérielle n° DRH/SD3C/SGG/DSAF/2018/105 du 11 juin 2018 précisant les modalités d'application de l'arrêté du 8 juin 2018 relatif aux modalités d'organisation du télétravail dans les directions régionales et départementales de la jeunesse, des sports, et de la cohésion sociale, dans les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale et dans les directions de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale 55

Autorités administratives indépendantes, établissements et organismes

Arrêté du 4 juillet 2018 modifiant l'arrêté du 13 avril 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Corse 90

Arrêté du 12 juillet 2018 modifiant l'arrêté du 19 octobre 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence de santé de l'océan Indien 91

Décision n° 2018.0163/DP/SG du 1er juin 2018 portant délégation de signature (service achats, budget et finances) 92

Décision n° 2018-06 du 26 juin 2018 de la direction du groupement d'intérêt public Agence nationale des systèmes d'information partagés de santé portant délégation de signature 93

Décision n° 2018.0091/DC/DiQASM du 27 juin 2018 du collège de la Haute Autorité de santé portant création du comité de concertation pour la qualité et l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux 95

Décision n° 2018.0092/DC/DiQASM du 27 juin 2018 du collège de la Haute Autorité de santé portant nomination des membres de la commission de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux 98

Liste des organismes habilités pour l'évaluation des établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles, en application des dispositions des articles L.312-8 et D.312-201 du code de l'action sociale et des familles actualisée par décision n° 2018.018/DC/DiQASM du 18 juillet 2018 du collège de la Haute Autorité de santé 100

Délégation de signature de la Caisse nationale de l'assurance maladie 152

Professions de santé

Arrêté du 11 juin 2018 portant nomination d'assesseurs suppléants à la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des infirmiers 155

Pages

Arrêté du 11 juin 2018 portant nomination d'assesseurs suppléants à la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des pédicures-podologues 156

Arrêté du 11 juin 2018 portant nomination d'assesseurs suppléants à la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des sages-femmes 157

Arrêté du 11 juin 2018 portant nomination d'assesseurs suppléants à la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des médecins 158

Arrêté du 11 juin 2018 portant nomination d'assesseurs suppléants à la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des médecins 159

Arrêté du 12 juin 2018 portant nomination d'assesseurs à la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes 160

Arrêté du 10 juillet 2018 modifiant l'arrêté du 17 novembre 2015 portant nomination des membres du Haut Conseil des professions paramédicales 161

Établissements de santé

Arrêté du 19 juin 2018 fixant le montant des ressources d'assurance maladie dû au service de santé des armées au titre de l'activité déclarée au mois de mars 2018 162

Arrêté du 29 juin 2018 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 2018 164

Instruction n° DGOS/PF/2018/146 du 14 juin 2018 relative à l'accompagnement des établissements de santé pour la mise en œuvre du programme SIMPHONIE (simplification du parcours administratif hospitalier par la numérisation des informations échangées) 166

Instruction n° DGOS/R1/2018/147 du 15 juin 2018 relative à la mise en œuvre de la campagne tarifaire régionale des établissements de santé financés sous OQN 176

Instruction n° DGOS/PF3/2018/160 du 27 juin 2018 relative aux centres de santé 179

Santé publique

Arrêté du 4 juin 2018 portant nomination à la commission des comptes de la santé 198

Décision du 18 juin 2018 portant agrément de la société Docapost BPO pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel *via* la solution Carte Blanche Partenaires 200

Instruction n° DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants 201

Instruction n° DGOS/R4/2018/150 du 19 juin 2018 relative à l'appel à projet national pour l'identification de dispositifs de prise en charge globale du psychotraumatisme 223

Note d'information n° DGS/PP2/DGOS/PF2/2018/134 du 31 mai 2018 relative à l'actualisation de la hiérarchisation des indications des immunoglobulines humaines polyvalentes 233

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

Instruction n° DGS/SP3/DSS/CNAM/2018/125 du 22 juin 2018 relative au dispositif de soutien par le fonds de lutte contre le tabac aux actions nationales prioritaires et aux programmes régionaux de réduction du tabagisme 242

Pages

SOLIDARITÉS

Professions sociales

Arrêté du 11 juillet 2018 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 2019 ..... **265**

Établissements sociaux et médico-sociaux

Instruction interministérielle n° DGCS/SD1/SD5C/DGS/DSS/DB/2018/127 du 22 mai 2018 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2018 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques: appartements de coordination thérapeutique (ACT), lits halte soins santé (LHSS), centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), lits d'accueil médicalisé (LAM), et « Un chez soi d'abord » **266**

Action sociale

Instruction n° DGCS/3C/CNSA/2018/126 du 22 mai 2018 relative au financement des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations (CREAI) en faveur des personnes en situation de vulnérabilité en 2018 ..... **365**

PROTECTION SOCIALE

Sécurité sociale : organisation, financement

Décision du 25 avril 2018 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 2018 ..... **369**

Liste des agents de contrôle « enquêteurs AT-MP » – branche accidents du travail et maladies professionnelles de l'assurance maladie – 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 **371**

ADMINISTRATION

ADMINISTRATION GÉNÉRALE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 25 juin 2018 relatif aux décisions de prolongation et de titularisation des médecins inspecteurs de santé publique stagiaires de la promotion 2017

NOR : *SSAR1830431A*

La ministre des solidarités et de la santé,

Vu le décret nº 91-1025 du 7 octobre 1991 modifié relatif au statut particulier des médecins inspecteurs de santé publique ;

Vu le décret nº 94-874 du 7 octobre 1994 modifié fixant les dispositions communes applicables aux stagiaires de l'État et de ses établissements publics ;

Vu le décret nº 2006-1546 du 7 décembre 2006 modifié relatif à l'École des hautes études en santé publique ;

Vu l'arrêté du 30 avril 1997 modifié relatif à la formation des médecins inspecteurs de santé publique ;

Vu l'arrêté du 8 décembre 2017 portant composition de la commission d'évaluation de stage des médecins inspecteurs de santé publique de la promotion 2017 ;

Vu l'avis de la commission d'évaluation de stage en date du 19 juin 2018,

Arrête :

Article 1er

Le médecin inspecteur de santé publique stagiaire dont le nom suit n'est pas déclaré apte à être titularisé : ZAINEA Costin.

Article 2

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

Fait le 25 juin 2018.

Pour la ministre et par délégation :
L'adjointe à la sous-directrice du pilotage des ressources, du dialogue social et du droit des personnels,
ELIANE GALLERI

ADMINISTRATION

ADMINISTRATION GÉNÉRALE

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 du pilotage des ressources, du dialogue social et du droit des personnels

Instruction n° DRH/SD1D/2018/123 du 15 mai 2018 relative au compte personnel de formation au sein des ministères sociaux

NOR : *SSAR1813649J*

Date d'application : immédiate.

Examinée par le COMEX JSCS le 15 février 2018. – Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP du 8 juin 2018. – N° 54.

Résumé : présentation des modalités de mise œuvre de la formation professionnelle tout au long de la vie au regard des évolutions introduites par l'ordonnance du 19 janvier 2017 au titre du compte personnel d'activité dans la fonction publique, et plus précisément sur le compte personnel de formation.

Mots clés : compte personnel d'activité – compte personnel de formation – compte d'engagement citoyen – formation professionnelle tout au long de la vie – projet d'évolution professionnelle – autorisations d'absence.

Références :

Ordonnance n° 2017-53 du 19 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 ;

Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires (articles 22, 22 *ter* et 22 *quater*) ;

Décret n° 2007-1470 du 15 octobre 2007 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des fonctionnaires de l'État ;

Décret n° 2007-1942 du 26 décembre 2007 relatif à la formation professionnelle des agents non titulaires de l'État et de ses établissements publics ;

Décret n° 2016-1970 du 28 décembre 2016 relatif au compte d'engagement citoyen du compte personnel d'activité ;

Décret n° 2017-928 du 6 mai 2017 relatif à la mise en œuvre du compte personnel d'activité et de formation dans la fonction publique et à la formation professionnelle tout au long de la vie ;

Arrêtés des 15 et 27 avril 2015 pris pour l'application du décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 et portant politique du voyage des personnels civils du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, du ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social et du ministère de la ville, de la jeunesse et des sports ;

Arrêté du 4 mai 2018 portant fixation du plafond de prise en charge du compte personnel de formation ;

Circulaire fonction publique (NOR : RDFF1713973C) du 10 mai 2017 relative aux modalités de mise en œuvre du compte personnel d'activité des agents publics de l'État.

Annexes :

Annexe 1. – Infographies de présentation du CPA de la DGAFP (2 fiches : présentation du dispositif et portabilité des droits).

Annexe 2. – Formulaire d'une demande d'utilisation du CPF avec présentation du projet d'évolution professionnelle.
Annexe 3. – Convention d'utilisation par anticipation de droits CPF.
Annexe 4. – Formulaire d'abondement de droits CPF pour prévention de l'inaptitude aux fonctions exercées.
Annexe 5. – Modèle de courrier d'acceptation d'une demande d'utilisation du CPF.
Annexe 6. – Modèle de courrier de refus d'une demande d'utilisation du CPF.
Annexe 7. – Fiche de procédure relative à l'instruction des demandes de formation CPF.
Annexe 8. – Guide pour le déploiement du SI du CPF – Fascicule 1 : La reprise des droits acquis au titre du DIF.

La ministre des solidarités et de la santé, la ministre du travail, le ministre de l'éducation nationale et la ministre des sports à Mesdames et Messieurs les délégués, directeurs et chefs de service de l'administration centrale ; Monsieur le chef de la division des cabinets ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement ; directions régionales et départementales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales de la cohésion sociale et de la protection des populations ; directions départementales de la cohésion sociale).

L'ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017 a introduit dans la fonction publique le compte personnel d'activité (CPA) qui comporte deux volets : le compte personnel de formation (CPF) et le compte d'engagement citoyen (CEC).

Le compte personnel de formation permet depuis le 1er janvier 2017 à l'ensemble des agents publics civils, titulaires et contractuels – quelle que soit la nature de leur contrat, à durée indéterminée ou déterminée, et la durée de leur ancienneté de service –, dès lors qu'ils relèvent des dispositions de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, d'acquérir des droits à formation.

Ces droits, qui se sont substitués au 1er janvier 2017 à ceux acquis au titre du droit individuel à la formation (DIF), prennent la forme d'heures qui peuvent être mobilisées pour suivre une ou plusieurs formation(s) à l'appui d'un projet d'évolution professionnelle, et en obtenir le financement.

Le CPF a donc pour objectifs de renforcer l'autonomie de son titulaire et de faciliter son évolution professionnelle. Il est garant de droits à la formation qui sont universels – ils concernent tous les actifs – et portables – ils sont attachés à la personne et sont à ce titre conservés en cas de changement d'employeur ou de statut.

Les droits acquis au titre du CPF seront consultables par les agents à compter de juin 2018 sur le portail « mon compteactivité.gouv.fr » géré par la Caisse des dépôts et consignations.

La présente instruction expose les modalités de mise en œuvre du CPF pour les agents de droit public relevant des ministères sociaux telles que définies par le décret du 6 mai 2017 relatif au compte personnel de formation, ainsi que les évolutions apportées au dispositif de mise en œuvre de la formation professionnelle tout au long de la vie, dont les références demeurent les suivants :

– décret n° 2007-1470 du 15 octobre 2007 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des fonctionnaires de l'État ;
– décret n° 2007-1942 du 26 décembre 2007 relatif à la formation professionnelle des agents non titulaires de l'État et de ses établissements publics.

Sommaire

CHAPITRE Ier. – LE COMPTE PERSONNEL DE FORMATION (CPF)

1. **Les règles d'acquisition des droits CPF**
   1.1. *Les modalités de mise en œuvre de ces règles*
   1.2. *Le transfert des droits acquis au titre du droit individuel à la formation (DIF) au 31 décembre 2016*
   1.3. *Des modalités d'alimentation spécifiques pour les agents les moins diplômés*
   1.4. *L'abondement pour prévention de l'inaptitude aux fonctions exercées*
   1.5. *L'utilisation par anticipation des droits*
2. **Les principes attachés au compte personnel de formation**
   2.1. *Principe d'universalité*
   2.2. *Principe de portabilité*
      2.2.1. Portabilité au sein de la fonction publique
      2.2.2. Portabilité entre le secteur public et le secteur privé
      2.2.3. Situation des demandeurs d'emploi (anciens agents publics):
      2.2.4. Les agents recrutés au titre d'un contrat de droit privé

CHAPITRE II. – L'UTILISATION DU COMPTE PERSONNEL DE FORMATION (CPF)

1. **Modalités d'utilisation**
   1.1. *Un dispositif à l'initiative de l'agent pour un projet d'évolution professionnelle*
   1.2. *Les formations éligibles au CPF*
   1.3. *La sensibilisation de l'encadrement*
   1.4. *La prise en charge des frais de formation au titre du compte personnel de formation*
      1.4.1. Prise en charge des frais pédagogiques de formation
      1.4.2. Prise en charge des frais annexes
      1.4.3. Le remboursement des frais de formation
      1.4.4. Les moyens budgétaires des services alloués au CPF
   1.5. *L'instruction de la demande d'utilisation du CPF*
      1.5.1. La procédure d'instruction
         1.5.1.1. Les agents dont les demandes de formation sont obligatoirement acceptées
         1.5.1.2. Les agents dont les demandes de formation sont acceptées de façon prioritaire
         1.5.1.3. Les formations acceptées de façon prioritaire
         1.5.1.4. Les formations acceptées de façon conditionnelle
         1.5.1.5. Les acteurs en appui à l'élaboration du projet d'évolution professionnelle
         1.5.1.6. Les services instructeurs
         1.5.1.7. Le calendrier de réception des demandes d'utilisation du CPF
         1.5.1.8. Les modalités d'inscription aux préparations aux examens professionnels et aux concours administratifs
         1.5.1.9. Les modalités et le calendrier d'examen des demandes de mobilisation du CPF
      1.5.1. La décision, le refus et les voies de recours possibles
         1.5.2.1. La formalisation de la décision
         1.5.2.2. Le refus
         1.5.2.3. Le recours de l'agent
2. **Le suivi de la formation**
   2.1. *L'accompagnement personnalisé des agents dans la construction de leur projet d'évolution professionnelle*
   2.2. *La situation de l'agent en formation*
   2.3. *L'articulation du CPF avec les autres dispositifs de la formation professionnelle tout au long de la vie*

2.3.1. Le bilan de compétences et la validation des acquis de l'expérience
2.3.2. Les préparations aux concours et examens professionnels
2.3.3. Le congé de formation professionnelle

3. **La gestion numérique du compte personnel de formation**

CHAPITRE IER

LE COMPTE PERSONNEL DE FORMATION (CPF)

1. Les règles d'acquisition des droits CPF

Les droits acquis au titre du CPF sont plafonnés à cent cinquante heures. Un agent à temps complet acquiert vingt-quatre heures par année de travail jusqu'à l'acquisition d'un crédit de cent vingt heures, puis douze heures par année de travail jusqu'à la limite de cent cinquante heures.

1.1. *Les modalités de mise en œuvre de ces règles*

Le nombre d'heures de travail de référence pour le calcul de l'alimentation du compte personnel de formation est égal à la durée légale annuelle de travail. Le temps partiel est assimilé à du temps complet et ne donne pas lieu à proratisation.

L'acquisition des droits est proratisée au regard de la durée de travail effectuée par l'agent contractuel occupant un poste à temps incomplet sur un emploi ne nécessitant pas un temps complet.

Exemple :
Les modalités de calcul :

- *Un agent à temps plein ou à temps partiel qui dispose de 110 heures sur son CPF au 1er janvier 2017 et ne consomme pas de droits CPF en 2017 bénéficiera d'une alimentation de 24 heures au titre de l'année 2017 (soit un total de 134 heures).*
- *Un agent à temps plein ou à temps partiel qui dispose de 120 heures sur son CPF au 1er janvier 2017 et consomme 25 heures en cours d'année 2017 bénéficiera d'une alimentation de 24 heures au titre de l'année 2017 (soit 120 – 25 = 95 heures et 95 + 24 = 119 heures).*
- *Un agent à temps plein ou à temps partiel qui dispose de 144 heures sur son CPF au 1er janvier 2020 et en consomme 20 heures en cours d'année 2020 bénéficiera en 2021 d'une alimentation de 12 heures au titre de l'année 2020 (soit 144 – 20 = 124 heures et 124 + 12 = 136 heures).*
- *Un agent à temps plein ou à temps partiel qui dispose de 144 heures sur son CPF au 1er janvier 2020 et en consomme 30 heures en cours d'année 2020 bénéficiera d'une alimentation de 24 heures au titre de l'année 2020 (soit 144 – 30 = 114 heures et 114 + 24 = 138 heures).*

L'alimentation des droits CPF s'effectue dans le système d'information du CPF chaque année de manière automatique par un traitement des données issues des déclarations annuelles des données sociales (DADS). Cette alimentation est effectuée directement par la Caisse des dépôts et consignations (CDC). Elle intervient à la fin du premier trimestre de l'année *n* + 1. La première alimentation du compte interviendra en 2018, au titre des droits acquis en 2017.

Les DADS seront remplacées par les déclarations sociales nominatives (DSN) à partir de 2020. Les DSN, actuellement en vigueur pour les salariés et qui s'appliqueront aux agents publics sont mensuelles, mais l'alimentation des comptes CPF sera annuelle, cette modalité de gestion étant définie par la loi pour l'ensemble des actifs.

1.2. *Le transfert des droits acquis au titre du droit individuel à la formation (DIF) au 31 décembre 2016*

Depuis le 1er janvier 2017, les droits acquis au titre du droit individuel à la formation (DIF) au 31 décembre 2016 sont considérés comme des droits CPF.

Les anciens droits acquis au titre du DIF peuvent désormais être utilisés selon les modalités définies pour le compte personnel de formation.

Exemple : *Un agent avait 90 heures DIF au 31 décembre 2016. Au 1er janvier 2017, il dispose de 90 heures de droits CPF.*

➢ Pour les agents ayant acquis des droits au titre du DIF en tant que salariés

Un salarié ayant exercé une activité professionnelle préalablement à l'entrée en vigueur du CPF dans le secteur privé, soit le 1er janvier 2015, dispose de deux compteurs dont les droits s'ajoutent :

– un compteur relatif aux droits CPF acquis depuis le 1er janvier 2015, qui sont portables et conservés par son titulaire ;

– un compteur relatif aux droits DIF acquis au 31 décembre 2014, lesquels seront perdus à la date du 1er janvier 2021 s'ils ne sont pas préalablement utilisés. Le droit individuel à la formation n'étant pas portable entre les secteurs privé et public, ces droits DIF acquis au 31 décembre 2014 par une personne en tant que salarié ne peuvent être invoqués auprès d'un employeur public lorsque la personne acquiert la qualité d'agent public. Il peut en revanche les mobiliser à nouveau s'il est réemployé par la suite et d'ici 2021 par un employeur régi par le code du travail.

1.3. *Des modalités d'alimentation spécifiques pour les agents les moins diplômés*

L'accès à la formation et à la qualification est facilité pour les agents publics les moins qualifiés, ce qui se traduit par un relèvement du plafond horaire des droits et une accélération du rythme d'acquisition des droits à formation au titre du CPF.

Ainsi, les agents publics qui occupent un emploi de niveau équivalent à la catégorie C et qui ne possèdent pas un diplôme ou titre professionnel enregistré et classé au niveau V du répertoire national des certifications professionnelles (CAP, BEP) bénéficient d'une alimentation majorée des droits au titre du CPF. Sont notamment concernés les agents disposant du seul brevet des collèges ainsi que ceux qui n'ont pas achevé la formation conduisant au niveau V.

L'alimentation du compte se fait à hauteur de quarante-huit heures maximum par an et le plafond horaire est porté à quatre cents heures.

Pour bénéficier de cette majoration, l'agent doit en faire la déclaration lors de l'activation de son compte personnel de formation directement en ligne sur le site www.moncompteactivite.gouv.fr, en renseignant un champ relatif au niveau de diplôme le plus élevé détenu. En cas d'oubli par l'agent au moment de l'ouverture de son compte, l'alimentation automatique de ce crédit majoré de droits par la CDC ne peut être rétroactive, le portail de la CDC n'offrant pas cette possibilité.

Aussi, il reviendra obligatoirement au service de gestion RH de proximité, lors d'une première demande d'utilisation du CPF, de vérifier avec l'agent s'il entre ou non dans le champ des agents susceptibles de bénéficier de cette majoration. Si c'est le cas, et qu'il n'a pas porté l'information sur son compte, une correction peut être effectuée par un gestionnaire habilité (selon les modalités précisées dans un guide à venir de la DGAFP portant plus précisément sur le SIRH). Si l'information a été portée à tort sur le compte, une régularisation est effectuée *a posteriori* par le service de gestion RH de proximité.

Dès l'obtention d'un diplôme ou titre professionnel de niveau V, l'agent doit mettre à jour son compte personnel de formation en saisissant son nouveau niveau de diplôme, le cas échéant en se faisant accompagner par un gestionnaire RH habilité. S'il ne le fait pas, une régularisation pourra être effectuée au moment de la première demande de l'agent qui suit l'obtention du diplôme ou titre.

Exemple :

Un agent a acquis 350 heures au titre du CPF. Il utilise 150 heures et obtient un titre professionnel de niveau V. Cet agent conserve les 200 heures restantes et peut les utiliser. Son CPF sera de nouveau alimenté lorsque ses droits seront inférieurs au plafond de 150 heures.

Cas particulier des formations qui relèvent du « Socle de connaissances et de compétences professionnelles » défini par le décret nº 2015-172 du 13 février 2015

L'objectif du socle de connaissances et de compétences professionnelles est de permettre à tout individu d'acquérir et de faire valider les connaissances et compétences nécessaires à l'exercice d'une activité professionnelle. Le socle de connaissances et de compétences professionnelles comprend :

1º La communication en français ;

2º L'utilisation des règles de base de calcul et du raisonnement mathématique ;

3º L'utilisation des techniques usuelles de l'information et de la communication numérique ;

4º L'aptitude à travailler dans le cadre de règles définies d'un travail en équipe ;

5º L'aptitude à travailler en autonomie et à réaliser un objectif individuel ;

6º La capacité d'apprendre à apprendre tout au long de la vie ;

7º La maîtrise des gestes et postures et le respect des règles d'hygiène, de sécurité et environnementales élémentaires.

Les formations sollicitées par les agents et qui relèvent de ce socle doivent être traitées selon les conditions définies au second alinéa du II de l'article 22 *quater* de la loi du 13 juillet 1983. Le bénéfice de ce type de formation est de droit pour les agents qui en font la demande, le suivi de cette formation pouvant néanmoins, pour nécessité de service, être reporté à l'année suivante.

Le certificat « Cléa » créé par le COPANEF, commun à tous les secteurs, est l'expression opérationnelle de ce socle. Il a pour objet la reconnaissance des connaissances et des compétences professionnelles des personnes dépourvues de diplôme. Il est un outil qu'il convient de privilégier pour atteindre cet objectif. Les informations nécessaires et notamment la liste des organismes qui dispensent cette formation, sont accessibles sur le site www.certificat-clea.fr.

Les offres et les plans de formation peuvent également intégrer de nombreuses formations qui relèvent du socle de connaissances et de compétences professionnelles sans pour autant être validées par le « Cléa ».

1.4. *L'abondement pour prévention de l'inaptitude aux fonctions exercées*

Un agent dont l'état de santé est tel qu'il risque d'être déclaré inapte à l'exercice de ses fonctions (incapacité qui peut résulter d'une difficulté physique ou d'une incapacité ou psychologique) peut anticiper cette échéance et construire au plus tôt un projet d'évolution professionnelle en mobilisant son CPF.

Si les droits qu'il a acquis au titre du CPF ne lui permettent pas d'accéder à la formation visée pour mettre en œuvre son projet d'évolution professionnelle, l'agent peut bénéficier d'un crédit d'heures supplémentaires, ce dans la limite de cent cinquante heures.

La détermination du nombre d'heures accordé en supplément par l'employeur s'effectue au regard du projet d'évolution professionnelle de l'agent et des besoins requis par la formation envisagée. Le cas échéant, cet abondement peut être utilisé pour plusieurs actions de formation qui s'inscrivent dans un même projet d'évolution professionnelle.

Cet abondement vient en complément des droits déjà acquis par l'agent, sans préjudice des plafonds définis pour le compte personnel de formation (150 heures ou 400 heures selon le niveau de diplôme de l'agent).

Exemples :

– *un agent qui souhaite suivre une formation de 220 heures et qui ne disposerait sur son compte personnel de formation que de 135 heures peut se voir attribuer 85 heures supplémentaires ;*

– *un agent qui ne disposerait d'aucun diplôme ou qualification de niveau V et qui disposerait de 250 heures sur son CPF peut se voir attribuer 100 heures supplémentaires pour suivre une formation de 350 heures.*

L'abondement ne constitue pas une modalité d'alimentation du compte. L'agent se voit attribuer le nombre d'heures dont il a besoin pour suivre la (ou les) formations(s) correspondant à son projet d'évolution professionnelle et ne bénéficie d'aucun droit supplémentaire.

Cet abondement ne sera pas enregistré dans le système d'information CPF géré par la Caisse des dépôts et consignations, le portail ne prévoyant pas cette fonctionnalité. Le suivi en gestion sera assuré par les services de gestion RH de proximité.

Pour bénéficier de ce crédit supplémentaire, l'agent concerné doit présenter un avis formulé par un médecin du travail ou par un médecin de prévention. Cet avis ne porte pas sur le projet d'évolution professionnelle de l'agent. Il doit attester que l'état de santé de l'agent, compte tenu de ses conditions de travail, l'expose à terme à un risque d'inaptitude à l'exercice de ses fonctions.

➢ Modèle de demande d'abondement de droits à formation au titre du CPF pour prévenir l'inaptitude aux fonctions exercées

1.5. *L'utilisation par anticipation des droits*

Lorsque la durée de la formation est supérieure aux droits acquis au titre du compte personnel de formation, l'agent peut, avec l'accord de son employeur, consommer par anticipation des droits non encore acquis. Cette possibilité est doublement limitée :

– l'utilisation par anticipation s'effectue dans la limite des droits que l'agent est susceptible d'acquérir au cours des deux années civiles qui suivent celle au cours de laquelle il effectue la demande, l'alimentation des droits de l'année n s'effectuant en année *n* + 1 ;

– pour les agents publics recrutés par contrat à durée déterminée, l'anticipation des droits ne peut dépasser les droits restant à acquérir au regard de la durée du contrat en cours ;

– la durée totale utilisée grâce à cette disposition ne peut dépasser le plafond de 150 heures ou 400 heures le cas échéant selon le niveau de diplôme de l'agent.

Exemples :

– *un agent qui dispose de 100 heures sur son CPF à la date du 1er janvier 2018, qui effectue sa demande au cours de l'année 2018, pourra solliciter l'utilisation par anticipation de 24 heures au titre de 2018 et 12 heures au titre de 2019 (soit un total de 136 heures) ;*

– *un agent qui dispose de 120 heures sur son CPF à la date du 1er janvier 2018, qui effectue sa demande au cours de l'année 2018, pourra solliciter l'utilisation par anticipation de 12 heures au titre de 2018 et 12 heures au titre de 2019 (soit un total de 144 heures) ;*

– *un agent qui dispose de 130 heures sur son CPF à la date du 1er janvier 2018, qui effectue sa demande au cours de l'année 2018, pourra solliciter l'utilisation par anticipation de 12 heures au titre de 2018 et 8 heures au titre de 2019 (soit un total de 150 heures).*

Ce dispositif d'utilisation par anticipation ne sera pas enregistré dans le système d'information CPF géré par la Caisse des dépôts et consignations, le portail ne prévoyant pas cette fonctionnalité. Le suivi en gestion de ces demandes en vue d'effectuer la décrémentation au moment où les nouveaux droits sont inscrits sur le compte sera assuré par les services de gestion RH de proximité.

➢ Modèle de convention d'utilisation par anticipation des droits CPF

2. **Les principes attachés au compte personnel de formation**

Le compte personnel de formation est notamment régi par les principes d'universalité et de portabilité.

➢ Infographie de présentation du dispositif réalisé par la DGAFP

2.1. *Principe d'universalité*

Le CPF est attaché à la personne à l'entrée dans la vie active (dès l'âge de 16 ans). Les droits inscrits demeurent acquis jusqu'à leur utilisation ou la fermeture du compte (lorsque l'agent est admis à faire valoir l'ensemble de ses droits de retraite).

À cet effet, le CPF bénéficie à l'ensemble des agents publics civils. Les fonctionnaires stagiaires, dès leur nomination acquièrent des droits à la formation en cette qualité. De même les personnes relevant d'un contrat d'apprentissage ou d'un contrat de travail aidé (ex. : agents recrutés en contrat unique d'insertion-contrat d'accompagnement dans l'emploi CUI-CAE).

2.2. *Principe de portabilité*

Le compte personnel de formation est garant de droits qui sont attachés à la personne. Ces droits sont par conséquent susceptibles d'être invoqués tout au long du parcours professionnel de l'agent, indépendamment de sa situation et de son statut.

➢ Infographie sur la portabilité des droits acquis réalisé par la DGAFP

2.2.1. Portabilité au sein de la fonction publique

Les droits acquis auprès d'une administration de l'État peuvent être utilisés auprès de toute autre administration mentionnée l'article 2 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Ainsi, les droits acquis sont portables entre les trois versants de la fonction publique.

2.2.2. Portabilité entre le secteur public et le secteur privé

➢ Situation d'un agent public qui devient salarié

Les droits acquis par une personne en tant qu'agent public sont conservés s'il rejoint le secteur privé et perd, provisoirement ou définitivement, la qualité d'agent public. Il peut faire valoir ses droits auprès de son nouvel employeur et les utiliser dans les conditions définies par le code du travail (articles L. 6323-1 et suivants).

➢ Situation d'un salarié qui devient agent public

Les droits acquis au titre du compte personnel de formation par une personne ayant exercé une activité professionnelle au sein du secteur privé sont conservés lorsqu'elle acquiert la qualité d'agent public. Ces droits sont utilisés dans les mêmes conditions que s'ils avaient été acquis dans la fonction publique.

Les droits acquis dans le secteur privé au titre du DIF ne sont pas portables. (*Cf. supra* 1.2 Le transfert des droits acquis au titre du DIF).

Les droits acquis au titre du compte personnel de prévention de la pénibilité (C3P) dans le secteur privé par un salarié devenu agent public et qui ont pour objet d'abonder le compte personnel de formation de son titulaire, sont conservés.

2.2.3. Situation des demandeurs d'emploi (anciens agents publics)

Les agents qui sont privés involontairement d'emploi peuvent utiliser leurs droits acquis au titre du CPF (perte d'emploi des agents non titulaires, radiation, etc.). L'administration prend en charge les frais de formation au titre de l'utilisation du CPF pendant la période ouvrant droit à l'assurance chômage. À l'issue de cette période, la prise en charge du CPF relève de Pôle emploi si la personne est toujours demandeuse d'emploi (article 10 du décret n° 2017-928).

Pour bénéficier de cette prise en charge, l'ancien agent public doit être sans emploi au moment où il présente sa demande.

Les salariés de droit privé (apprentis, contrats aidés…) qui étaient employés par une personne publique et qui deviennent involontairement privés d'emploi utilisent leurs droits acquis au titre du CPF dans les conditions définies par le régime d'assurance chômage (Pôle emploi).

2.2.4. Les agents recrutés au titre d'un contrat de droit privé

Les salariés de droit privé recrutés par l'administration notamment les personnes bénéficiant d'un contrat d'apprentissage ou d'un contrat de travail aidé dans les conditions prévues par le code du travail (ex. : agents recrutés en contrat unique d'insertion-contrat d'accompagnement dans l'emploi CUI-CAE), bénéficient d'un compte personnel de formation depuis le 1er janvier 2015. Leur compte personnel de formation est déjà alimenté par la Caisse des dépôts et consignations depuis cette date.

Il leur appartient de l'ouvrir et d'y porter les droits DIF acquis au 31 décembre 2014 sur la base de l'attestation produite par l'employeur public.

Les demandes d'utilisation des droits acquis au titre du CPF pour les salariés soumis aux dispositions du code du travail sont prises en charge par l'administration.

Ces personnels de droit privé peuvent mobiliser leurs droits acquis au titre du DIF ou du CPF pour bénéficier d'actions de formation proposées par leur employeur, sans préjudice des actions de formation découlant de leur contrat de travail. À titre d'exemple, ils peuvent utiliser leur CPF pour suivre des actions de préparation aux concours.

CHAPITRE II

L'UTILISATION DU COMPTE PERSONNEL DE FORMATION (CPF)

1. **Modalités d'utilisation**

1.1. *Un dispositif à l'initiative de l'agent pour un projet d'évolution professionnelle*

Le compte personnel de formation est mobilisé à l'initiative de l'agent pour la préparation et la mise en œuvre d'un projet d'évolution professionnelle qui peut s'inscrire dans le cadre de la préparation d'une future mobilité, promotion ou reconversion professionnelle.

Peut être considérée comme répondant à un projet d'évolution professionnelle toute action de formation qui vise à :

- accéder à de nouvelles responsabilités, par exemple exercer des fonctions managériales (formation au management, etc.) ou pour changer de corps ou de grade (préparation aux concours et examens professionnels, etc.) ;
- affectuer une mobilité professionnelle (le cas échéant géographique), par exemple pour changer de domaine de compétences (un agent occupant un poste à dominante juridique souhaite s'orienter vers un poste budgétaire et demande à bénéficier d'une formation en ce sens préalablement au moment de postuler), etc. ;
- s'inscrire dans une démarche de reconversion professionnelle dans la fonction publique, ou dans le secteur privé en vue par exemple de créer ou de reprendre une entreprise.

Le compte personnel de formation peut être utilisé pour accéder à un diplôme, un titre professionnel ou une certification, mais la démarche doit nécessairement répondre à un objectif d'évolution professionnelle. L'obtention d'un diplôme qui ne s'inscrirait dans aucune perspective professionnelle ne peut être considérée comme éligible au compte personnel de formation.

À l'appui de toute demande de formation, l'agent doit présenter son projet d'évolution professionnelle formalisé, qui précise :

- la nature de son projet (motivation et objectif poursuivi, fonctions visées, compétences, diplôme ou qualifications à acquérir, s'il y a eu ou non recours pour son élaboration à un conseiller en mobilité et carrière (CMC) ou conseiller en évolution professionnelle, etc.) ;
- le programme et la nature de la formation visée (préciser si la formation est diplômante, certifiante, ou professionnalisante, les prérequis de la formation, etc.) ;
- le cas échéant l'organisme de formation sollicité si la formation ne figure pas dans l'offre de formation de l'employeur ;
- le nombre d'heures requises, le calendrier et, le cas échéant, le coût de la formation.

  L'agent peut en effet solliciter une formation nécessitant une autorisation d'absence sans prise en charge du financement par l'administration.

Sur la transformation des heures CPF en jours :

- une journée correspond à un forfait d'utilisation de 6 heures de droits acquis ;
- une 1/2 journée correspond à 3 heures.

➢ Formulaire de demande d'utilisation du CPF avec présentation du projet d'évolution professionnelle

Pour formaliser sa demande, l'agent peut se faire accompagner par un conseiller en mobilité et carrière (CMC) ou conseiller en évolution professionnelle (CEP), ou tout autre acteur RH (conseiller formation, conseiller en charge des ressources humaines, responsable RH, etc.) chargé d'affiner avec lui son projet d'évolution professionnelle et d'étudier les modalités d'accompagnement les plus adaptées.

1.2. *Les formations éligibles au CPF*

Le compte personnel de formation se traduit notamment par un large accès à la formation, y compris aux actions de formation qui se situent en dehors du contexte professionnel de l'agent.

La formation peut avoir pour objet d'acquérir un diplôme, un titre ou tout autre certificat de qualification professionnelle inscrit au répertoire national des certifications professionnelles (RNCP), ou à l'inventaire mentionné à l'article L 335-6 du code de l'éducation nationale (formation courte qui

permet d'obtenir un certificat de compétences, le RNCP recensant pour sa part des certificats de qualification correspondant à des formations plus longues). Ces listes sont consultables sur le site http ://www.cncp.gouv.fr.

La formation ne doit cependant pas nécessairement être diplômante ou certifiante.

Toute formation ayant pour objectif de permettre à l'agent d'acquérir les compétences nécessaires à la mise en œuvre de son projet d'évolution professionnelle est éligible, qu'elle soit proposée par un employeur public ou par un organisme de formation agréé.

Lorsque l'offre de formation ministérielle ne répond pas aux besoins de son projet d'évolution professionnelle, l'agent a la possibilité de demander une action de formation inscrite au catalogue de formation d'un autre employeur public, que ce dernier relève du même versant de la fonction publique ou d'un autre versant de la fonction publique.

Lorsque plusieurs actions de formation permettent de satisfaire la demande de l'agent, une priorité est accordée aux actions de formation proposées par l'employeur de l'agent.

Lorsque la formation est dispensée par un organisme de formation du secteur privé, tout accord doit être conclu dans le respect des règles de l'achat public, notamment celles de procédure et de publicité préalables permettant de garantir une concurrence satisfaisante.

En ce qui concerne les formations au permis de conduire, les agents publics se situent en dehors du champ d'application du décret n° 2017-273 du 2 mars 2017 relatif aux conditions d'éligibilité au compte personnel de formation des préparations à l'épreuve théorique du code de la route et à l'épreuve pratique du permis de conduire.

Lorsqu'une formation au permis de conduire est demandée dans le cadre d'un projet d'évolution professionnelle par un agent, et qu'il apparaît que l'obtention du permis de conduire est indispensable à l'activité professionnelle envisagée, la demande de l'agent sera examinée au regard des disponibilités budgétaires et des priorités définies ci-après.

1.3. *La sensibilisation de l'encadrement*

Les encadrants et l'ensemble des services instructeurs et gestionnaires des demandes de formation au titre du compte personnel de formation portent une attention particulière aux caractéristiques de ce nouveau dispositif de formation et aux spécificités définies dans le cadre de la présente instruction.

À cet effet, il est notamment rappelé que l'utilisation du compte personnel de formation :

- intervient à la demande de l'agent pour un projet d'évolution professionnelle, lequel élargit le champ des formations individuelles, y compris celles qui n'ont pas de lien avec les fonctions exercées et le contexte professionnel de l'agent ;
- confère des droits spécifiques aux agents les moins diplômés pour les formations du « Socle de connaissances et de compétences professionnelles » et pour prévenir toute situation d'inaptitude physique ou psychologique.

Dans ce contexte, les formations suivantes qui relèvent des obligations de l'employeur ne sont pas éligibles à l'utilisation des droits accordés au titre du CPF :

- les formations qui doivent être suivies par un agent dans le cadre d'une procédure de reclassement ;
- les formations dont l'objet est l'adaptation de l'agent aux fonctions qu'il exerce au moment de sa demande (formations d'adaptation à l'emploi). Il s'agit d'une obligation de l'employeur au titre de l'accompagnement de la qualification de ses agents aux exigences des métiers et des postes de travail ;
- les formations suivies préalablement ou parallèlement à la prise de poste suite à une procédure de recrutement (y compris les formations intervenant dans le cadre du PACTE ou autre dispositif d'accompagnement au recrutement) ;
- les formations statutaires, notamment celles qui s'accomplissent à l'issue de la réussite à un concours ou examen professionnel.

1.4. *La prise en charge des frais de formation au titre du compte personnel de formation*

Le décret n° 2017-928 (article 9) susvisé dispose que l'administration prend en charge les frais pédagogiques qui se rattachent à la formation suivie au titre du compte personnel de formation. Elle peut également prendre en charge les frais annexes occasionnés par les déplacements.

Les modalités de financement du compte personnel de formation sont définies dans le cadre de la stratégie globale de la politique de formation. Elles s'inscrivent dans les limites de l'enveloppe budgétaire affectée à la formation des agents des ministères.

À compter de l'exercice 2018, une enveloppe budgétaire hors plan de formation sera dédiée annuellement aux actions de formation nécessaires à la mise en œuvre des projets individuels d'évolution professionnelle présentés dans le cadre du CPF.

Un plafond est fixé au financement des formations concourant à un même projet d'évolution professionnelle, qui s'applique selon les modalités définies ci-après. Ce plafond est fixé par un arrêté ministériel qui sera communiqué dès sa publication au *Journal officiel*.

➢ Arrêté du 4 mai 2018 portant fixation du plafond de prise en charge du compte personnel de formation (*JO* du 12 mai 2018)

S'agissant des services déconcentrés (DR-(D)JSCS, DI(R)ECCTE), il leur revient d'apprécier le BOP au titre duquel s'imputent les dépenses de formation relatives à un projet d'évolution professionnelle.

1.4.1. Prise en charge des frais pédagogiques de formation

Un plafond de 3 000 € maximum est fixé par projet d'évolution professionnelle.

Ce plafond couvre l'ensemble des frais pédagogiques, appréciés TTC, relatifs à l'utilisation du compte personnel de formation, quel que soit le nombre de formations concourant au projet de l'agent.

Dès lors que le coût de la formation sollicitée est supérieur à 3 000 €, il revient à l'agent de financer le montant de la formation qui se situe au-delà de ces plafonds horaire et financier. L'agent peut mobiliser le congé de formation professionnelle (CFP) pour obtenir le nombre d'heures suffisant pour réaliser sa formation.

Ce plafond de financement par l'administration ne s'applique cependant pas aux deux catégories de formation suivantes :

– les formations du « Socle de connaissances et de compétences professionnelles » lesquelles sont réglementairement prises en charge dans leur intégralité, par l'administration ;
– les formations visant à prévenir l'inaptitude à l'exercice des fonctions, lesquelles sont également intégralement financées par l'administration.

1.4.2. Prise en charge des frais annexes

La possibilité d'un règlement de ces frais s'effectue dans le cadre des arrêtés des 15 et 27 avril 2015 visés en référence, portant politique du voyage.

Pour tenir compte des difficultés éventuellement rencontrées par les agents en raison du lieu de leur formation, une prise en charge des frais annexes est proposée dans les conditions suivantes :

– le financement ou la participation de l'administration aux frais annexes intervient à la demande de l'agent, sur la base des informations qu'il aura renseignées dans son dossier ;
– la prise en charge par l'administration des frais annexes est intégrée au plafond maximum de 3 000 € pour un même projet d'évolution professionnelle.

Au regard de ces dispositions, à l'occasion d'une formation, l'agent pourra éventuellement prétendre à :

– une prise en charge de ses frais de transport ;
– des indemnités de mission dans le cadre d'actions de formation continue.

Dans ce dernier cas, s'il a la possibilité de se rendre dans un restaurant administratif ou d'être hébergé dans une structure dépendant de l'administration moyennant participation, l'indemnité de mission qui lui est attribuée est réduite de 50 %.

1.4.3. Le remboursement des frais de formation

S'il est constaté que tout ou partie de la formation n'a pas été suivie par l'agent sans motif valable (avis médical, etc.), celui-ci doit rembourser les frais engagés au titre de sa formation (frais pédagogiques et frais annexes) selon les termes de l'article 7 du décret n° 2007-1470 et de l'article 9 du décret n° 2017-928.

1.4.4. Les moyens budgétaires des services alloués au CPF

Le budget annuel consacré au financement des formations au titre du compte personnel de formation est défini par les services de ressources humaines et les services budgétaires et financiers concernés, selon les dispositions suivantes :

- pour les directions d'administration centrale : identification d'un budget CPF prélevé sur les enveloppes budgétaires qui leur sont notifiées au titre des formations individuelles et spécifiques des agents de leur direction ;
- pour les DI(R)ECCTE et D(R)(D)JSCS : identification d'un budget spécifique CPF sur le budget de formation qui leur est alloué ;
- pour les agents affectés en directions départementales interministérielles (DDI), la demande de formation est instruite et prise en charge par le service employeur ;
- pour l'ensemble des services et, selon les disponibilités budgétaires, un abondement budgétaire peut éventuellement être effectué par la DRH (bureau de la formation) afin d'assurer conjointement, le financement d'une action de formation relevant du CPF sur la base de la prise en charge impartie à l'administration.

1.5. *L'instruction de la demande d'utilisation du CPF*

Selon la situation administrative[1] de l'agent, les demandes de formation au titre du CPF sont présentées au regard des dispositions suivantes :

- agent en position de détachement : la demande présentée relève de l'organisme auprès duquel il est affecté ;
- agent mis à disposition ou affecté auprès d'une autre administration ou d'un autre établissement que le sien (position normale d'activité) : l'alimentation, l'instruction et le financement de ses droits sont assurés par l'administration d'origine, sauf disposition contraire prévue par la convention de mise à disposition ou de gestion. L'employeur d'accueil peut dans cette configuration décider de prendre en charge ces demandes, en accord avec l'administration d'origine.
- agent en position de disponibilité :
  - l'agent exerce une activité : la demande relève du régime applicable dans le cadre de cette activité professionnelle ;
  - l'agent n'exerce aucune activité : il peut solliciter la prise en charge d'une action de formation au titre de ses droits CPF auprès de son employeur d'origine ;
- agent en position de congé parental : il peut accéder aux formations relevant de la formation continue ou de la validation des acquis de l'expérience ainsi qu'aux bilans de compétence. Il ne perçoit aucune rémunération, mais est couvert dans le cas d'un éventuel accident de trajet. Pour les préparations aux concours et examens professionnels, l'accès à la formation est de droit dès lors que l'agent n'en a pas bénéficié pendant trois ans, sous réserve des disponibilités financières.

1.5.1. La procédure d'instruction

La mobilisation du CPF fait l'objet d'un accord entre l'agent et son administration.

Le CPF étant construit pour soutenir les projets d'évolution professionnelle, les actions sollicitées au regard d'un projet relevant d'une activité principale sont prioritaires par rapport aux actions présentées en vue d'une activité accessoire.

Lorsque l'agent a fait valoir ses droits à la retraite, il ne peut solliciter l'utilisation des droits inscrits sur son compte personnel de formation.

Les services procèdent à l'instruction des demandes au regard des priorités telles que définies ci-après, lesquelles tiennent notamment compte du statut de l'agent, de la nature de la formation envisagée, de son financement, ainsi que son calendrier.

Ainsi, les demandes des agents sont recevables prioritairement selon le dispositif présenté ci-après.

1.5.1.1. Les agents dont les demandes de formation sont obligatoirement acceptées

Les agents de catégorie C qui peuvent prétendre aux formations relevant du « Socle de connaissances et de compétences professionnelles » défini par le décret nº 2015-172 du 13 février 2015.

[1] À noter qu'un agent en congé de maladie ne peut être autorisé à suivre une formation, qu'elle relève ou non du CPF. Il en est de même pour les agents placés en congé de longue maladie ou de maladie de longue durée. (Tribunal administratif de Nice, n° 0703312, M. L. du 5 février 2010).

a) Les agents placés en congé parental n'ayant bénéficié au cours des trois années antérieures d'aucune action de formation de préparation à un examen professionnel ou à un concours administratif. La demande est acceptée de droit dans la limite des crédits prévus à cet effet (article 4 - décret n° 2007-1470).

b) Les agents en situation de pénibilité sur leur poste qui présentent un avis, formulé par un médecin du travail ou par un médecin de prévention, visant à prévenir un risque d'inaptitude à l'exercice de leurs fonctions (articles 5 et 8 - décret n° 2017-928).

c) Les agents qui n'ont bénéficié au cours des trois années antérieures d'aucune action de formation du plan de formation accèdent de droit à ces formations (article 7 - décret n° 2007-1470).

d) Les ex-agents publics qui sont demandeurs d'emploi pendant la durée de leur indemnisation par l'administration (article 10 - décret n° 2017-928).

1.5.1.2. Les agents dont les demandes de formation sont acceptées de façon prioritaire

a) L'ensemble des agents de catégorie C.

b) Les agents de catégorie B qui ne possèdent pas le socle de connaissances et de compétences professionnelles.

c) Les agents en recherche d'une affectation.

1.5.1.3. Les formations acceptées de façon prioritaire

Les préparations aux examens professionnels et aux concours administratifs.

La validation des acquis de l'expérience professionnelle (VAE).

Les formations qui relèvent des offres et plans ministériels de formation (au niveau national et régional).

Les formations interministérielles.

Les formations organisées par d'autres administrations.

Au vu de ces éléments, l'administration est fondée à demander à l'agent de suivre une formation relevant de la liste ci-dessus, en lieu et place de la (des) formation(s) organisée(s) par un organisme privé qu'il solliciterait.

En année *n* + 1, une priorité est donnée aux formations sollicitées au titre du CPF ayant fait l'objet d'une décision de report en année *n* (nécessité de service, crédits insuffisants).

1.5.1.4. Les formations acceptées de façon conditionnelle

En ce qui concerne le financement de la formation envisagée lorsqu'un agent demande le bénéfice d'un congé de formation professionnelle et de ses droits acquis au titre du compte personnel de formation, la prise en charge des frais de formation est limitée au nombre d'heures acquises au titre du compte personnel de formation.

1.5.1.5. Les acteurs en appui à l'élaboration du projet d'évolution professionnelle

L'agent doit présenter sa demande d'utilisation du compte personnel de formation à son responsable hiérarchique qui lui apporte l'appui nécessaire à la réalisation de son projet et l'oriente vers les services compétents pour sa mise en œuvre.

Le responsable hiérarchique donne un avis à la demande qui lui est présentée, en tenant compte des nécessités de service. Il transmet le dossier au service de gestion RH de proximité.

L'agent élabore son dossier avec l'accompagnement, s'il le souhaite, des acteurs suivants :

- le conseiller en mobilité et carrière (CMC) ou conseiller en évolution professionnelle (CEP), qui apporte son appui pour la formalisation du projet d'évolution professionnelle ;
- tout autre acteur RH (conseiller formation, conseiller en charge des ressources humaines, responsable RH, etc.), qui est en mesure de l'orienter dans sa démarche ;
- le bureau de la formation de la DRH, qui peut être consulté tout au long de la construction du projet d'évolution professionnelle de l'agent jusqu'à la recevabilité de sa demande. Il peut également être interrogé pour toute question qui interviendrait pendant la formation.

Le bureau de la formation vient en appui aux responsables et chefs de service sur l'instruction du dossier de l'agent.

1.5.1.6. Les services instructeurs

Le dossier de l'agent est instruit par les services suivants :

– le service de gestion RH de proximité, qui réceptionne et instruit la demande de formation de l'agent ;

– la commission de validation mise en place par le CODIR, qui prend la décision finale.

1.5.1.7. Le calendrier de réception des demandes d'utilisation du CPF

Afin de répondre de façon satisfaisante aux sollicitations des agents, deux modalités de réception des demandes sont organisées : prioritairement *via* une campagne annuelle, et de façon complémentaire et ciblée, par réception des demandes au fil de l'eau, tout au long de l'année.

1. La campagne annuelle de réception des demandes de formation

Elle est fixée, chaque année du 15 novembre au 31 mars.

Ce calendrier tient compte de la campagne d'entretiens professionnels et des dates d'inscription à certains organismes de formation dont les universités.

Les services disposent d'un délai de deux mois à compter de la date de clôture de la campagne pour répondre à la demande de l'agent.

Il revient à chaque service de gestion RH d'organiser la campagne locale de recensement.

En 2018 année transitoire, les campagnes de réception des demandes de formation seront lancées entre le 15 juin et le 16 juillet 2018.

2. La réception au fil de l'eau des demandes d'utilisation du CPF

Les demandes peuvent être réceptionnées et instruites au fur et à mesure de leur dépôt auprès du service de gestion RH de proximité, dès lors qu'elles concernent :

– les formations proposées dans les offres et les plans de formation (elles n'entraînent pas de nouveaux coûts pour l'administration) ;

– les formations non payantes ;

– les autorisations d'absence sollicitées pour disposer d'un temps de préparation personnelle aux examens professionnels et aux concours administratifs ;

– les formations payantes dès lors qu'elles visent à prévenir une situation d'inaptitude aux fonctions exercées.

1.5.1.8. Les modalités d'inscription aux préparations aux examens professionnels et aux concours administratifs

Les demandes d'inscription sont réceptionnées par le service organisateur (bureau de la formation de la DRH, service formation de proximité) selon le calendrier annuel des préparations aux examens professionnels et aux concours administratifs.

1.5.1.9. Les modalités et le calendrier d'examen des demandes de mobilisation du CPF

La mobilisation du compte personnel de formation tient compte de la finalisation de son dossier par l'agent et des délais d'instruction nécessaires aux services :

Ainsi, l'agent qui souhaite suivre une formation doit :

– vérifier qu'il possède les prérequis indispensables à la réalisation de son projet d'évolution professionnelle ;

– informer préalablement son supérieur hiérarchique afin de s'assurer de la compatibilité du calendrier sollicité avec les nécessités d'organisation du service dès lors que la formation intervient sur le temps de service, à défaut il doit :

  – s'entretenir avec son supérieur hiérarchique afin d'examiner la possibilité d'un report de la formation ou d'un aménagement de son cycle de travail ;

  – transmettre son dossier finalisé pour avis à son supérieur hiérarchique.

Le supérieur hiérarchique donne son avis qui est obligatoirement motivé en cas de report ou de refus. Il transmet le dossier pour instruction au service de gestion RH de proximité. L'ensemble de ces opérations interviennent dans un délai de deux mois selon les modalités prévues par la procédure suivie :

– lorsque l'examen de la demande d'un agent entre dans le cadre de la campagne annuelle, le supérieur hiérarchique et les services instructeurs doivent lui communiquer une réponse explicite dans un délai de deux mois à compter de la date limite de dépôt des demandes fixée dans le cadre de la procédure par campagne ;

– lorsque la demande d'un agent est présentée au fil de l'eau en cours d'année, le supérieur hiérarchique et le service de gestion RH de proximité disposent d'un délai maximal de deux mois à compter de la date de réception du dossier de l'agent, pour donner leur avis.

Les services de gestion RH de proximité vérifient que la formation souhaitée est en adéquation avec le projet d'évolution professionnelle de l'agent et que l'agent dispose bien des prérequis exigés pour suivre la formation. Si ce n'est pas le cas, il peut être proposé à l'agent de rencontrer un conseiller en mobilité et carrière (CMC) ou un conseiller en évolution professionnelle (CEP), afin de l'aider à préciser sa demande et de lui proposer, éventuellement, des mesures complémentaires ou alternatives d'accompagnement.

Les services de gestion RH de proximité donnent un avis sur la prise en charge financière, et organisent une mise en concurrence des organismes de formation selon les règles de l'achat public.

1.5.2. La décision, le refus et les voies de recours possibles

1.5.2.1. La formalisation de la décision

La règle dite « SVA » (silence vaut accord) selon laquelle le silence de l'administration pendant un délai de deux mois à compter d'une demande vaut accord, et conduit à une décision implicite d'acceptation (DIA), ne s'applique pas aux relations entre l'administration et ses agents où le silence vaut toujours rejet (*cf.* 5° de l'article L. 231-4 du code des relations entre le public et l'administration).

Toutefois, toute demande de formation CPF présentée par un agent nécessite qu'une réponse motivée lui soit communiquée dans le délai de deux mois suivant le dépôt de sa demande ou dans un délai de deux mois à compter de la date limite de dépôts des demandes telle que fixée dans le cadre de la procédure par campagne (*cf. supra* § 1.5.1.7).

Toute absence de réponse peut juridiquement être contestée par un agent, en raison du défaut de motivation.

➢ Modèle de courrier d'acceptation d'une demande d'utilisation du CPF

1.5.2.2. Le refus

Toute décision de refus doit être motivée, en recourant notamment aux fondements suivants :

– le financement de la formation (défaut de crédits disponibles) ;

– les nécessités de service (le calendrier de la formation envisagée n'est pas compatible avec les nécessités de service) ;

– le projet d'évolution professionnelle de l'agent : l'agent ne dispose pas des prérequis pour suivre la formation souhaitée, la demande ne peut être retenue au regard des priorités définies par le décret du 6 mai 2017 et par la présente instruction.

Par ailleurs, l'article 22 *quater* de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 prévoit que l'administration doit recueillir l'avis de la commission administrative paritaire (CAP) préalablement à un troisième refus portant sur une demande d'utilisation par un agent du compte personnel de formation pour une action de formation de même nature. La demande, portant sur une même action de formation ou une action poursuivant les mêmes objectifs d'acquisition de compétences, doit avoir été refusée pendant deux années consécutives.

Lorsque plusieurs refus sont émis sur les demandes d'utilisation du CPF par un agent, l'administration l'invite à bénéficier d'un accompagnement personnalisé pour l'élaboration de son projet d'évolution professionnelle.

➢ Modèle de courrier de refus d'une demande d'utilisation du CPF

1.5.2.3. Le recours de l'agent

L'agent peut contester toute décision de refus opposée à sa demande d'utilisation du compte personnel de formation devant la commission administrative paritaire (*cf.* II de l'article 22 *quater* de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires).

L'agent a également la possibilité d'effectuer un recours gracieux, hiérarchique et contentieux contre une décision de refus à sa demande, dans les conditions de droit commun.

2. **Le suivi de la formation**

2.1. *L'accompagnement personnalisé des agents dans la construction de leur projet d'évolution professionnelle*

L'article 22 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires précise que : « Tout fonctionnaire peut bénéficier, à sa demande, d'un accompagnement personnalisé destiné à l'aider à élaborer et mettre en œuvre son projet professionnel, notamment dans le cadre du conseil en évolution professionnelle. »

L'article 6 du décret n° 2017-928 précise en son dernier alinéa que : « L'agent bénéficie, s'il le souhaite, préalablement au dépôt de sa demande, d'un accompagnement personnalisé afin d'élaborer son projet professionnel et d'identifier les différentes actions nécessaires à sa mise en œuvre. Ce conseil est assuré par un conseiller formé à cet effet au sein de son administration… ou par les organismes mentionnés à l'article L. 6111-6 du code du travail. »

L'accompagnement personnalisé intervient à la demande de l'agent. L'encadrement de l'agent et/ou les services instructeurs (service formation, service RH, etc.) des demandes de formation dans le cadre du CPF peuvent toutefois inviter fortement un agent à recourir au bénéfice d'un tel accompagnement dans le cadre de l'utilisation du compte personnel de formation, en principe préalablement au dépôt de sa demande.

Cette incitation est notamment pertinente lorsque le projet d'évolution professionnelle conduit à demander une formation qui ne figure pas dans l'offre de formation de l'administration. Le recours à un tel accompagnement peut alors permettre de conforter ou préciser le projet de l'agent et de l'aider à identifier les actions de formation nécessaires.

L'accompagnement personnalisé peut revêtir plusieurs formes. Il doit notamment permettre à un agent de disposer d'un temps d'écoute et de recul sur son parcours professionnel, d'accéder à de l'information, de vérifier la faisabilité de son projet d'évolution professionnelle, de faire le point sur ses compétences et d'identifier celles utiles pour favoriser son évolution professionnelle, de construire un plan d'actions, ou encore d'identifier les différentes actions nécessaires à la réalisation de son projet (dispositifs de diagnostic et de bilan, bonne connaissance des dispositifs de la formation professionnelle), etc.

Cet accompagnement peut également être assuré par les organismes mentionnés à l'article L. 6111-6 du code du travail dans le cadre du conseil en évolution professionnelle : Pôle emploi, l'Association pour l'emploi des cadres (Apec), les missions locales, les OPACIF, et CAP emploi pour les personnes en situation de handicap.

Cet accompagnement est pertinent lorsque l'agent a un projet d'évolution professionnelle vers le secteur privé.

2.2. *La situation de l'agent en formation*

Les actions de formation suivies au titre du compte personnel de formation ont lieu, en priorité, pendant le temps de travail.

Les heures consacrées à la formation au titre du compte personnel de formation pendant le temps de service constituent un temps de travail effectif et donnent lieu au maintien de la rémunération de l'agent.

L'agent qui utilise son CPF est couvert par son régime AT/MP (accident du travail et maladie professionnelle) comme tout agent qui suit une formation, y compris lorsque la formation inter-

vient hors de son temps de service. Ce temps hors service n'est en revanche pas pris en compte dans la constitution du droit à pension en application de l'article L. 5 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

L'utilisation de droits acquis au titre du CPF doit avoir lieu en dehors du temps de scolarité ou de stage pour :

– les fonctionnaires stagiaires : les droits peuvent être utilisés par exemple pour parfaire la formation suivie dans le cadre d'un projet professionnel (double cursus avec l'obtention d'un diplôme, pour obtenir une certification linguistique, etc.) ;
– les agents détachés pour l'accomplissement d'un stage ou d'une période de scolarité préalable à la titularisation dans un emploi permanent de l'État, d'une collectivité territoriale ou d'un établissement public à caractère administratif dépendant de l'État ou d'une collectivité territoriale, ou pour suivre un cycle de préparation à un concours donnant accès à l'un de ces emplois.

2.3. *L'articulation du CPF avec les autres dispositifs de la formation professionnelle tout au long de la vie*

Le compte personnel de formation s'articule, à la demande des agents, avec l'ensemble des autres dispositifs de la formation professionnelle tout au long de la vie et permet ainsi de répondre de manière adaptée à leurs besoins.

2.3.1. Le bilan de compétences et la validation des acquis de l'expérience

Le CPF peut être mobilisé pour bénéficier d'un temps supplémentaire de préparation ou d'accompagnement dans le cadre des dispositifs de formation suivants :

– le congé pour bilan de compétences (article 22 du décret n° 2007-1470), dont la durée est de 24 heures ;
– le congé pour validation des acquis de l'expérience (article 23 du décret n° 2007-1470), dont la durée est également de 24 heures.

2.3.2. Les préparations aux concours et examens professionnels

Le CPF peut aussi compléter les droits existants en ce qui concerne les actions de préparation aux concours et examens professionnels prévus à l'article 21 du décret n° 2007-1470 : « Dans la mesure où la durée des décharges sollicitées par un agent est inférieure ou égale à cinq journées de service à temps complet pour une année donnée, la demande à cette fin est agréée de droit. »

La possibilité pour le chef de service d'accorder des autorisations d'absence supplémentaires n'est plus prévue par le décret n° 2007-1470 du 15 octobre 2007 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des fonctionnaires de l'État.

Par conséquent, les deux cas de figure sont désormais à envisager :

Lorsque l'agent est inscrit à une action de formation de préparation aux concours et examens professionnels :

– il bénéfice d'une décharge de 5 jours maximum, qui est de droit. Pour toute action de formation qui excède 5 jours, il doit être invité à mobiliser les droits acquis au titre du CPF afin de couvrir le temps non pris en compte dans la décharge ;
– il peut également utiliser son compte épargne temps (CET), et à défaut son CPF, pour dégager du temps de préparation personnelle dans une limite de 5 jours au total par année civile (*cf.* encadré ci-dessous). La formulation « à défaut » signifie que lorsque l'agent dispose d'un CET, ce dernier est mobilisé en priorité.

Lorsque l'agent ne souhaite pas suivre une action de formation tout en étant inscrit à un concours ou examen professionnel :

– il ne peut bénéficier d'une décharge de droit (celle-ci étant conditionnée au suivi d'une action de formation), mais son compte épargne temps (CET) et, à défaut, son CPF ont vocation à être mobilisés pour dégager du temps de préparation personnelle dans la limite de 5 jours au total par année civile. La mobilisation de CPF au titre de cette préparation personnelle, est intégrée au bilan sur l'utilisation du CPF effectué par la DGAFP.

Le temps de préparation personnelle pour préparer un concours ou examen professionnel

Toute autorisation d'absence pour le motif ci-dessus se décline selon un calendrier validé par l'employeur. Une demande présentée en ce sens peut essentiellement se voir opposer un refus pour des motifs liés aux nécessités de service. Un agent qui ne se présenterait pas de manière réitérée aux concours et examens auxquels il est inscrit peut également se voir opposer un refus. Le recours à un tel motif doit cependant donner lieu à un examen circonstancié.

Aucun motif lié à la nature du concours ou de l'examen, aux chances de réussite de la personne concernée ou à une insuffisance de crédits ne peut en revanche être invoqué.

Lorsque l'agent utilise ses droits CPF pour du temps de préparation personnelle, il doit justifier auprès de son employeur de sa présence aux épreuves du concours ou examen professionnel.

Exemple : un agent effectue une demande de 5 jours pour du temps de préparation personnelle. Il dispose de 3 jours sur son CET, alors il devra décrémenter son CET et pourra compléter par l'utilisation de son CPF pour les jours restants, jusqu'à la limite totale de 5 jours (soit 3 jours de CET et 2 jours au titre du CPF).

L'utilisation des droits acquis au titre du CPF pour du temps de préparation personnelle à un concours ou examen professionnel implique de convertir les heures acquises en jours. Le nombre d'heures nécessaire ouvrant droit à une journée de temps de préparation personnelle peut être fixé par protocole d'accord de l'employeur, à défaut, un forfait de 7 heures par jour peut être retenu.

Du fait de son statut et de l'exposition à un risque professionnel, l'agent est couvert par son régime AT/MP (accident du travail et maladie professionnelle). Il est libéré de son obligation de service et n'est par conséquent plus sous l'autorité et la responsabilité de l'administration.

2.3.3. Le congé de formation professionnelle

Le CPF s'articule également avec le congé de formation professionnelle (*cf.* chapitre IV du décret n° 2007-1470). Pour ce faire, il est à noter la durée minimale d'un mois à temps plein de formation a été supprimée pour pouvoir bénéficier d'un congé de formation professionnelle.

Le congé de formation professionnelle peut être mobilisé en amont ou en aval de l'utilisation des droits acquis au titre du CPF lorsque la formation souhaitée est d'une durée supérieure aux droits acquis au titre du CPF.

Ces deux dispositifs relèvent de modalités d'attribution et de financement différentes. Ainsi, lorsque l'agent fait une demande en ce sens, une réponse doit lui être donnée sur la globalité de sa demande de mobilisation du compte personnel de formation et du congé de formation professionnelle afin qu'il soit assuré de pouvoir suivre la totalité de la (des) formation(s) envisagée(s) pour parvenir à la réalisation de son projet d'évolution professionnelle.

À l'issue de son congé de formation, l'agent a l'obligation de servir dans la fonction publique (d'État, territoriale ou hospitalière) pendant une période égale à 3 fois celle pendant laquelle il a perçu des indemnités. Il peut être dispensé de cette obligation par l'administration, après avis de la CAP.

3. **La gestion numérique du compte personnel de formation**

Le compte personnel d'activité s'inscrit dans une démarche ayant pour objectif de faciliter l'accès, la lisibilité et l'appropriation des droits à formation par les agents publics.

Il incombera à chaque agent public d'ouvrir son compte personnel d'activité en ligne sur le site www.moncompteactivite.gouv.fr, à partir du mois de juin 2018.

Ce portail, géré par la Caisse des dépôts et consignations (CDC), propose en effet un suivi de l'acquisition et de l'utilisation des droits CPF de l'ensemble de la population active.

S'agissant des agents publics, le paramétrage de ce portail est en cours. Il sera opérationnel à compter du mois de juin 2018. L'alimentation des CPF s'effectuera au 1er trimestre de l'année 2018 par un traitement automatisé des données issues du RAFP pour les agents titulaires.

S'agissant des agents contractuels de droit public, l'alimentation des compteurs s'effectuera selon deux procédés au choix :

– *via* un échange de fichiers ;
– *via* une saisie directe de l'employeur sur le SI-CPF de la CDC.

Les compteurs CPF seront également mis à disposition des agents contractuels en juin 2018.

Les modalités de la gestion numérique des droits CPF sont dans un guide de la DGAFP dont le fascicule 1 est en annexe de la présente instruction. Les services RH seront prochainement sollicités à ce sujet.

Dans l'attente, pour ce qui concerne les ministères sociaux, l'inscription de toutes les formations suivies au titre du CPF s'effectue dans RenoiRH/rubrique DIF. Ces informations sont également inscrites, par le service de gestion RH de proximité, dans un tableau Excel de suivi parallèle.

➢ Guide pour le déploiement du SI du CPF – Fascicule 1 : La reprise des droits acquis au titre du DIF.

Je vous serais obligé de bien vouloir diffuser la présente instruction à l'ensemble des personnels placés sous votre autorité.

Pour les ministres et par délégation :
La sous-directrice du pilotage des ressources, du dialogue social et du droit des personnels,
M.-F. Lemaître

Pour information :

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé ;

Mesdames et Messieurs les présidents et directeurs des établissements et organismes publics relevant des ministères sociaux.

ANNEXES

ANNEXE 1.1

LE COMPTE PERSONNEL D'ACTIVITE DANS LA FONCTION PUBLIQUE
POUR **CONSTRUIRE** SON **PARCOURS PROFESSIONNEL**

monCompteActivité.gouv.fr

Le Compte Personnel d'Activité* (CPA), c'est...

Le Compte Personnel de Formation (CPF)

Le Compte d'Engagement Citoyen (CEC)

LE CPA, QUELS OBJECTIFS ?

- Favorise votre mobilité professionnelle
- Des droits universels quel que soit votre statut (fonctionnaire ou contractuel)
- Des droits conservés tout au long de votre carrière

LE CPF, C'EST QUOI ?

- Un dispositif mobilisé à votre initiative
- Le CPF remplace le DIF : vos droits DIF acquis jusqu'au 31/12/2016 deviennent des droits CPF au 1er janvier 2017
- Des droits renforcés pour les agents les moins qualifiés
- Des droits supplémentaires par rapport au DIF (150 heures contre 120 heures)
- Droit à un accompagnement personnalisé
- Pour suivre toute action de formation dans le cadre d'un projet d'évolution professionnelle

Janvier 2017, vous détenez vos droits CPF → Vous pouvez mobiliser vos droits CPF → A compter de janvier 2018, vous visualisez vos droits sur le site moncompteactivité.gouv.fr

LE CEC, C'EST QUOI ?

- Reconnaître et encourager l'engagement citoyen
- Acquérir des droits à formation supplémentaires à ceux du CPF à raison de l'exercice de certaines activités (20 heures par an et par activité dans la limite d'un plafond de 60 heures)
- Faciliter la reconnaissance des compétences acquises au travers de ces activités

Janvier 2017, vous pouvez créer des droits → A compter de janvier 2018, vous pouvez visualiser et mobiliser vos droits CEC

**ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017 portant diverses dispositions relatives au CPA, à la formation et à la sante et la sécurité au travail dans la fonction publique.*

Plus d'infos : www.fonction-publique.gouv.fr
Ouvrir son compte CPA et accéder à des services : www.moncompteactivite.gouv.fr

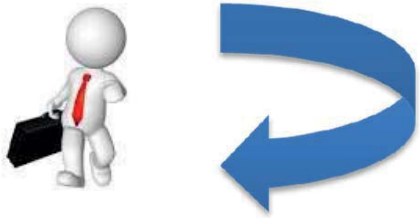
DGAFP

ANNEXE 1.2

Portabilité du compte personnel de formation (CPF)

Un agent public devient salarié :
Les droits acquis par une personne en tant qu'agent public sont conservés s'il rejoint le secteur privé et perd, provisoirement ou définitivement, la qualité d'agent public. Il peut utiliser ces droits dans les conditions définies pour le secteur privé.

Un salarié devient agent public :
Les droits acquis sur le compte personnel de formation par une personne au titre d'une activité du secteur privé sont conservés lorsqu'il acquiert la qualité d'agent public. Elle peut les utiliser selon les conditions définies pour le secteur public.
Dans le secteur privé, les droits acquis au titre du droit individuel de formation (DIF) acquis par une personne au titre d'une activité du secteur privé au 31 décembre 2014 sont conservés jusqu'au 1er janvier 2021. Ces droits ne sont pas portables entre le secteur privé et le secteur public.



Un agent public qui a acquis des droits au titre du compte personnel de formation les conserve en cas de changement d'employeur public et peut les utiliser auprès de tout nouvel employeur public.

Le compte personnel de formation est garant de droits qui sont attachés à la personne. Ces droits sont par conséquent susceptibles d'être invoqués tout au long du parcours professionnel de l'agent, indépendamment de sa situation et de son statut.

monCompteActivité.gouv.fr

ANNEXE 2

FORMULAIRE DE DEMANDE D'UTILISATION DU COMPTE PERSONNEL DE FORMATION

- Nom : …….
- Prénom : …….
- Direction : ……..
- Service : …….
- Statut ou grade : …….
- Date d'entrée dans la fonction publique : …….

Votre projet d'évolution professionnelle

Vos fonctions actuelles :

……
……
……
……

Type de fonctions, d'activités, de responsabilités ou promotion visées :

……
……
……
……

Vos motivations :

……
……
……
……
……
……
……
……

Quelles compétences souhaitez-vous acquérir ?

……
……
……
……
……
……

Souhaitez-vous exercer cette nouvelle fonction : A titre principal A titre accessoire

Avez-vous bénéficié d'un conseil en évolution professionnelle ? Oui Non

Si non souhaitez-vous en bénéficier ? Oui Non

Solde d'heures de (DIF) CPF au 31 décembre 2016……..

Mobilisation du CPF au titre de l'année 2018

Nombre d'heures totales mobilisées au titre du CPF pour l'année 2018 :
- Sur le temps de travail……
- Hors temps de travail……

Dont nombre d'heures au titre de l'anticipation (*cf. convention)* : ……..

Nouveau solde d'heures de CPF……..

<u>Détail des actions demandées</u>

Actions 1 : Intitulé de la formation (joindre le programme*) :……
……

- Type de formation (y compris bilan de compétences, préparation aux concours/examens professionnels, VAE, etc.)……
  ……..
- Modalités : en présentiel à distance/e-formation
- Le suivi de cette action nécessite-t-il des prérequis ? Oui Non
- Nom de l'organisme de formation : …… ……
- Lieu de la formation :
  ……..
- Coûts pédagogiques (TTC)……. Frais annexes (TTC) :
  ……..

(Joindre au moins trois devis pour les coûts pédagogiques*)

- Durée totale en heures : ……
- Dates : du …../…./….. au …../…./….
  Nombre d'heures mobilisées au titre du CPF : - Sur le temps de travail……
  - Hors temps de travail……

Demande de prise en charge des frais annexes à préciser :

……

Action 2 (si nécessaire) : Intitulé de la formation (joindre le programme*) : …….
……

- Type de formation (y compris bilan de compétences, préparation aux concours/examens professionnels, VAE, etc.)……
- Modalités : en présentiel à distance/e-formation
- Le suivi de cette action nécessite-t-il des prérequis ? Oui Non
- Nom de l'organisme de formation : …… ……
- Lieu de la formation : ……
- Coûts pédagogiques (HT)……. Frais annexes (HT) : ……..

(Joindre au moins deux devis pour les coûts pédagogiques*)

- Durée totale en heures : ……
- Dates : du …../…./….. au …../…./….

  Nombre d'heures mobilisées au titre du CPF : - Sur le temps de travail……
  - Hors temps de travail……

Demande de prise en charge des frais annexes à préciser :

……..

Action 3 (si nécessaire) : Intitulé de la formation (joindre le programme*) : …….
…….

- Type de formation (y compris bilan de compétences, préparation aux concours/examens professionnels, VAE, etc.)……
- Modalités : en présentiel à distance/e-formation
- Le suivi de cette action nécessite-t-il des prérequis ? Oui Non
- Nom de l'organisme de formation : …… ……
- Lieu de la formation : ……
- Coûts pédagogiques (TTC)……. Frais annexes (TTC) :
  ……..

  (Joindre au moins deux devis pour les coûts pédagogiques*)
- Durée totale en heures : …….
- Dates : du …../…./….. au …../…./….

  Nombre d'heures mobilisées au titre du CPF : - Sur le temps de travail……
  - Hors temps de travail……

Demande de prise en charge des frais annexes à préciser :

……..

Je m'engage, en cas d'absence de suivi de tout ou partie de la formation sans motif valable, à rembourser l'ensemble des frais pris en charge par l'administration (art. 7 décret n° 2007-1470 et art. 9 décret n° 2017-928).

Fait le …./…./…….. à ……. Signature de l'agent :

(*) *Uniquement si la formation est hors catalogue*

Partie réservée à l'administration

Le responsable hiérarchique :
Date de réception de la demande :
……/……/……...

Avis : **Favorable**
Défavorable

Motivations (obligatoire si refus) : *(à préciser le cas échéant dans une note distincte)*
……
……
……
……
……
……
……
……

Fait le…../…./…… à ……

Nom, prénom et fonction du signataire : ……..

Signature :

Décision finale de la direction :

Date de réception de la demande : …….

La demande de CPF est accordée :

Durée totale en heures :
……..

Montant de la prise en charge total (TTC) :
- dont ……. € (TTC) pour les coûts pédagogiques
- dont ……. € (TTC) pour les frais annexes

La demande de CPF est acceptée partiellement ou doit être modifiée (attention dans ce cas l'agent devra effectuer une nouvelle demande)

Motivation du refus partiel :
……
……
……
……
……
……

La demande de CPF est refusée :

Motivation du refus :

……
……
……
……
……
……

Fait le ……/……./…..….. à …….

Nom, prénom et fonction du signataire : …… Signature :

Voies de recours, en cas de contestation :

L'administration dispose d'un délai de 2 mois pour notifier sa réponse à partir de la réception de la demande de l'agent. Ce délai de deux mois intervient à compter de la date de clôture de la campagne lorsque la demande de formation de l'agent intervient dans ce cadre. Le défaut de notification au terme de ce délai vaut rejet (cf. 5° de l'article L231-4 du Code des relations entre le public et l'administration).

.

ANNEXE 3

CONVENTION D'UTILISATION ANTICIPÉE DES DROITS DU COMPTE PERSONNEL DE FORMATION

L'article 4 du **décret n°2017-928 du 6 mai 2017** relatif à la mise en œuvre du compte personnel d'activité dans la fonction publique et à la formation professionnelle tout au long de la vie prévoit la possibilité de consommer par anticipation des droits non encore acquis au titre du compte personnel de formation, lorsque la durée de la formation est supérieure aux droits acquis par l'agent.

Cette possibilité est ouverte dans le respect de deux conditions :

1) L'utilisation par anticipation s'effectue dans la limite des droits que l'agent est susceptible d'acquérir au cours des deux prochaines années. Pour les agents publics recrutés par contrat à durée déterminée, elle ne peut dépasser les droits restant à acquérir au regard de la durée du contrat en cours ;

2) La durée totale utilisée grâce à cette disposition ne peut dépasser le plafond de 150 heures, 400 heures le cas échéant selon le niveau de diplôme de l'agent.

Entre les soussignés :

- L'agent : ……..……..

Et

- Le représentant de l'administration : …….

…….

Cette convention est conclue en application de l'article 4 du décret n°2017-928 précité.

Il est convenu ce qui suit :

Article 1er : utilisation par anticipation du CPF

M. / Mme ……..……..…… a acquis à ce jour ……..….. heures sur son compte personnel de formation.

Le nombre d'heures auquel il/elle peut prétendre par anticipation est de ……..…

M. / Mme ……... demande à utiliser …….. heures du CPF par anticipation.

Article 2 : actions de formation concernées

<u>Action 1</u> :

Les heures du CPF définies ci-dessus sont utilisées pour l'action de formation suivante :

- Intitulé de l'action de formation :
- Date de début de la formation :
- Date de fin de la formation :
- Durée en heures de la formation (1 jour = 6 heures) :
- Organisme de formation :

Cette action de déroulera :

- ○ Intégralement pendant le temps de travail de l'agent
- ○ A raison de …….. heures en dehors du temps de travail

<u>Action 2</u> :

Les heures du CPF définies ci-dessus sont utilisées pour l'action de formation suivante :

- Intitulé de l'action de formation :
- Date de début de la formation :
- Date de fin de la formation :
- Durée en heures de la formation (1 jour = 6 heures) :
- Organisme de formation :

Cette action de déroulera :

- ○ Intégralement pendant le temps de travail de l'agent
- ○ A raison de …….. heures en dehors du temps de travail

<u>Action 3</u> :

Les heures du CPF définies ci-dessus sont utilisées pour l'action de formation suivante :

- Intitulé de l'action de formation :
- Date de début de la formation :
- Date de fin de la formation :
- Durée en heures de la formation (1 jour = 6 heures) :
- Organisme de formation :

Cette action de déroulera :

- Intégralement pendant le temps de travail de l'agent
- A raison de …….. heures en dehors du temps de travail

Article 3 : engagements de l'administration

L'administration s'engage à prendre en charge le coût pédagogique de la formation sur la base du plafond de 3 000 € fixé par projet d'évolution professionnelle, à la hauteur des droits utilisés, et la rémunération de l'agent.

L'administration s'engage à prendre en charge, sur demande de l'agent, les frais annexes dans la limite de ce même plafond fixé par projet d'évolution professionnelle.

Article 4 : engagements de l'agent

M. / Mme ……..…… s'engage par la présente à suivre l'action mentionnée à l'article 2 avec assiduité et au terme de celle-ci à remettre à son administration une attestation de présence effective délivrée par le prestataire de la formation.

Article 5 : non-respect des engagements de l'agent

En cas d'absence de justification de présence ou d'absence sans motif valable, il sera mis fin à l'utilisation par anticipation du compte personnel de formation.

Fait à …… , Le ……..….

L'agent :	Le représentant de l'administration :
NOM : ……..…	NOM : …….
Prénom : ……...	Prénom : ……
Signature	Fonction :……...
	Signature

ANNEXE 4

DEMANDE D'ABONDEMENT DE DROITS À FORMATION AU TITRE DU COMPTE PERSONNEL DE FORMATION POUR PRÉVENIR UNE SITUATION D'INAPTITUDE AU POSTE DE TRAVAIL

L'article 22 *quater* de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires prévoit en son IV que lorsque le projet d'évolution professionnelle vise à prévenir une situation d'inaptitude à l'exercice de ses fonctions, l'agent public peut bénéficier d'un crédit d'heures supplémentaires, dans la limite de cent cinquante heures, en complément des droits déjà acquis, sans préjudice du plafond de 150 heures (400 heures le cas échéant).

L'article 5 du **décret n°2017-928 du 6 mai 2017** relatif à la mise en œuvre du compte personnel d'activité dans la fonction publique et à la formation professionnelle tout au long de la vie prévoit que l'agent présente un avis du médecin de prévention ou du travail attestant que son état de santé l'expose, compte tenu de ses conditions de travail, à un risque d'inaptitude à l'exercice de ses fonctions.

Je soussigné(e), M./Mme ……...…….. ……, occupant les fonctions de ……..…… au sein du/de …….…….……..……., sollicite un abondement de …….. heures au titre du compte personnel de formation afin de suivre une action ou plusieurs actions de formation dans le cadre d'un projet d'évolution professionnelle.

Je joins à la présente demande un avis médical attestant que mon état de santé m'expose, compte tenu de mes conditions de travail, à un risque d'inaptitude aux fonctions que j'occupe.

Fait à ……

Le …….….

L'agent :

NOM : …….
Prénom : ……..
Signature

Le responsable de la structure :

NOM : …….…….
Prénom : ……...
Fonction :……..
Signature

ANNEXE 5

Objet : votre demande d'utilisation de vos droits acquis au titre du compte personnel de formation

Madame, Monsieur,

Comme suite à votre demande d'utilisation de vos droits acquis au titre du compte personnel de formation,

Objet de la demande de formation :
……
……
……
……
……

J'ai le plaisir de vous informer que votre demande est acceptée.

En conséquence, vous voudrez bien :

Remettre au service de gestion RH de proximité l'attestation de présence délivrée par l'organisme de formation.

 Justifier auprès du service de gestion RH de proximité de votre présence aux épreuves du concours ou examen professionnel.

Je vous rappelle que s'il est constaté que tout ou partie de la formation n'a pas été suivie sans motif valable (avis médical, etc.), il vous sera demandé de rembourser les frais engagés au titre de la formation (frais pédagogiques et frais annexes) selon les termes de l'article 7 du décret n° 2007-1470 et de l'article 9 du décret n° 2017-928

Veuillez recevoir, Madame, Monsieur, mes plus cordiales salutations.

Nom et Prénom : ……
Signature

ANNEXE 6

Objet : votre demande d'utilisation de vos droits acquis au titre du compte personnel de formation

Madame, Monsieur,

Comme suite à votre demande d'utilisation de vos droits acquis au titre du compte personnel de formation,

Objet de la demande de formation :
……
……
……
……
……

Je suis au regret de ne pouvoir lui donner suite.

Au regard des demandes présentées au sein de votre ministère, compte tenu* :

– des priorités définies par le décret n°2017-928 ;

– de la liste d'agents et la liste de formations prioritaires arrêtées dans l'instruction du… ;

– des crédits disponibles,

votre demande ne peut être satisfaite à ce jour.

Vous pouvez solliciter le bénéfice d'un accompagnement personnalisé afin de vous aider dans l'élaboration et la mise en œuvre de votre projet professionnel.

Nous vous invitons à vous rapprocher de votre service en charge des ressources humaines et/ou de la formation professionnelle afin d'obtenir de plus amples informations.

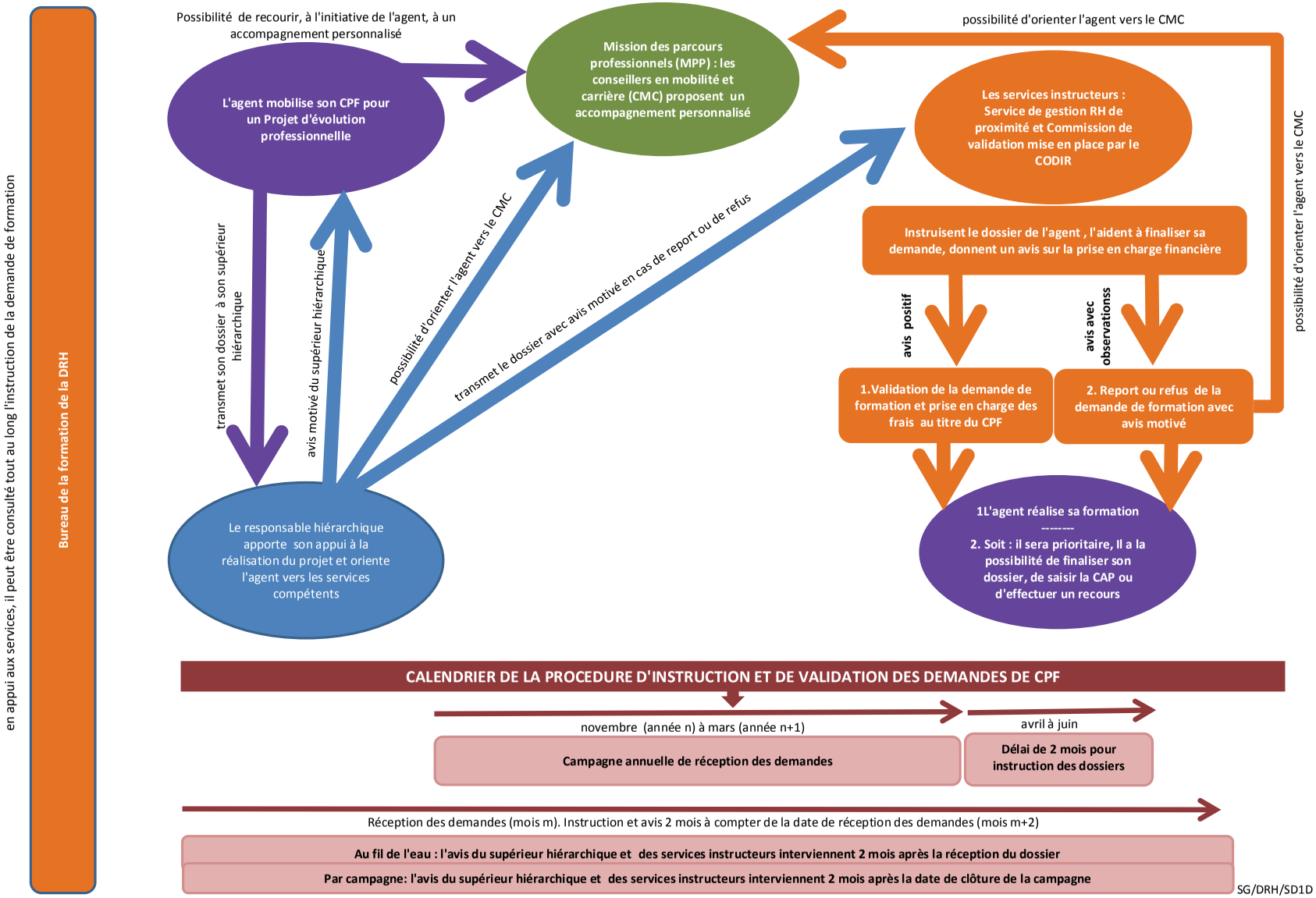
Veuillez recevoir, Madame, Monsieur, mes plus cordiales salutations.

Nom et Prénom : ……
Signature

**L'employeur doit motiver le refus en invoquant un ou plusieurs motifs au regard de la demande de l'agent*

ANNEXE 7

PROCÉDURE RELATIVE À L'INSTRUCTION DES DEMANDES DE CPF



ANNEXE 8

ÉDITION 2018

Guide pour le déploiement du SI du compte personnel de formation dans la fonction publique

Fascicule 1 :
La reprise des droits acquis au titre du droit individuel à la formation

Le compte personnel d'activité s'inscrit dans une démarche de mobilisation du numérique pour faciliter l'accès, la lisibilité et l'appropriation des droits à formation par les agents publics. Le portail *www.moncompteactivite.gouv.fr*, géré par la Caisse des dépôts et consignations, est un service à destination des agents qui propose un suivi de l'acquisition et de l'utilisation des droits du CPF. Ce service en ligne est gratuit pour l'agent.

Pour les employeurs, la **gestion des compteurs est désormais externalisée**. La gestion des demandes d'utilisation des droits acquis au titre du CPF relève quant à elle des outils propres à chaque employeur.

L'objectif est que le portail soit opérationnel à compter du mois de juin 2018. Il incombera à chaque agent public d'ouvrir son compte personnel d'activité directement en ligne sur le site *www.moncompteactivite.gouv.fr*.

La mise en place de ce nouveau système d'information suppose de distinguer trois processus qui devront être conduits par les employeurs publics au cours du premier semestre 2018 :

1. **l'initialisation des comptes des agents publics par la reprise des droits acquis au titre du droit individuel à la formation au 31 décembre 2016 et transférés en droits du CPF ;**

2. **l'alimentation automatique des comptes chaque année ;**

3. **la décrémentation des droits consommés par les agents.**

Chacun de ces trois processus fera l'objet d'un fascicule d'explication ayant pour objectif de clarifier la compréhension, pour les différents acteurs qui interviennent dans la conduite de ce projet, des principes retenus pour le fonctionnement du SI CPF et des modalités techniques qui en découlent.

Le présent document décrit le premier processus relatif à **l'initialisation des comptes des agents publics. Cette initialisation consiste à la reprise des droits acquis au titre du droit individuel à la formation au 31 décembre 2016 et qui sont transférés comme droits acquis au titre du compte personnel de formation.**

Des modalités de gestion plus précises sur le déploiement numérique pourront être communiquées ultérieurement en fonction de l'avancée des travaux.

Les cahiers des charges relatifs à la mise en œuvre de ce premier processus dans le volet de déploiement du SI CPF sont mis à disposition des employeurs sur le portail dans l'espace dédié www.moncompteformation.gouv.fr/espace-professionnels/employeurs-publics.

SOMMAIRE

Pour les agents titulaires 7

Une pré-alimentation par les données issues du RAF 7

Une correction des données pré-alimentées par un échange de fichiers 9

Une correction des données pré-alimentées par saisie directe de l'employeur sur le portail gestionnaire externe CPF 9

Pour les agents contractuels 11

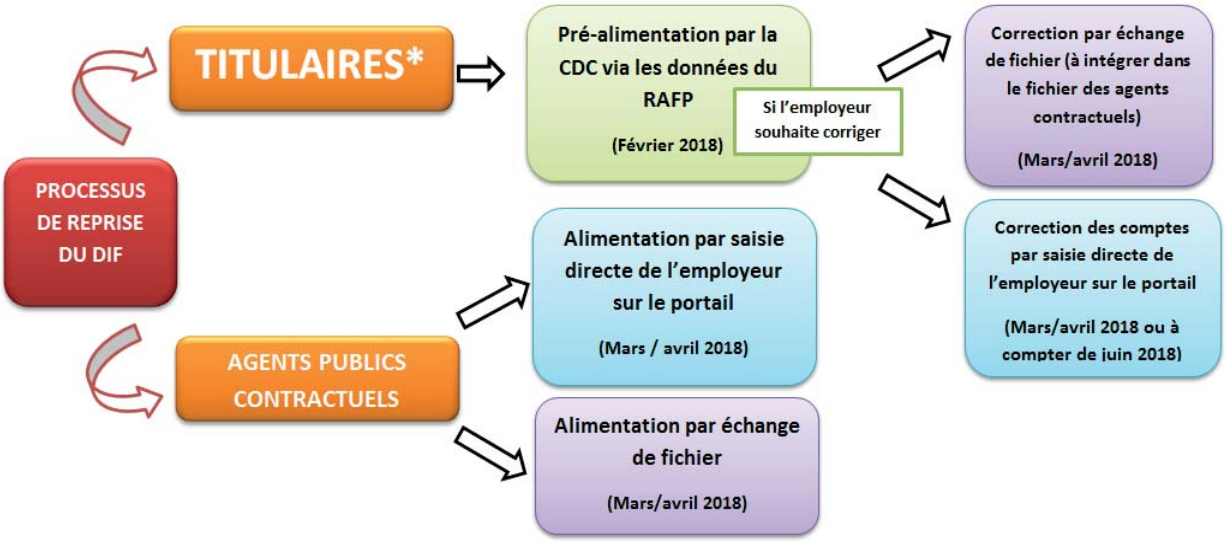
L'échange de fichiers 11

La saisie directe via habilitation sur le portail pour les gestionnaires externes du CPF 15

Annexes 17

La reprise des heures acquises au titre du droit individuel à la formation au 31 décembre 2016

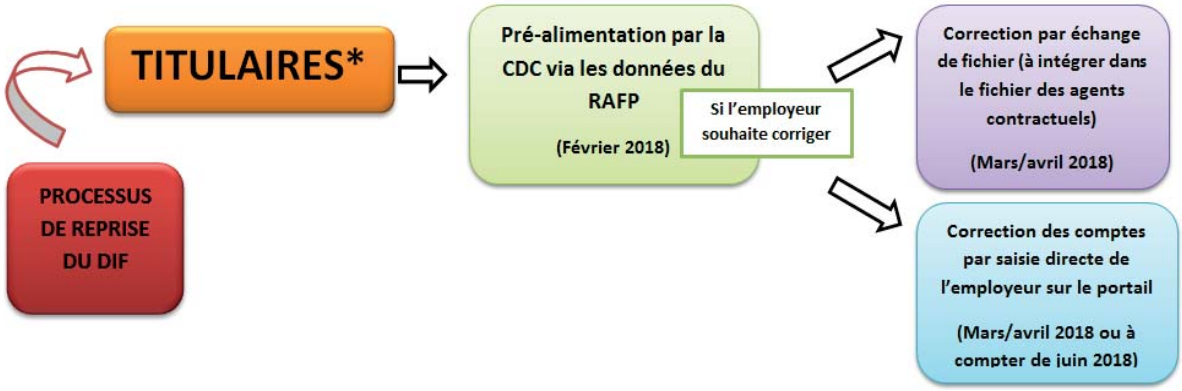
Les heures acquises par les agents publics au titre du droit individuel à la formation au 31 décembre 2016, doivent être transférées dans les nouveaux comptes personnels de formation. Ces droits sont considérés depuis le début de l'année 2017 comme des droits relevant du CPF[1].



* agents titulaires et fonctionnaires stagiaires

[1] Le dispositif retenu diffère de celui adopté dans le secteur privé, qui prévoit la gestion de deux compteurs, l'un dévolu au DIF et l'autre au CPF. Les droits DIF non consommés au 31 décembre 2020 ne seront pas conservés.

1. Pour les agents titulaires



* agents titulaires et fonctionnaires stagiaires

1.1 Une pré-alimentation par les données issues du RAFP

L'alimentation des droits individuels à la formation sur les comptes personnels de formation va s'effectuer par le traitement des données recueillies dans le cadre de la gestion du régime de retraite additionnelle de la fonction publique (RAFP). Cette opération sera assurée par la Caisse des dépôts et consignations (CDC), sans intervention des employeurs publics.

Elle prendra effet pour les agents titulaires des trois versants de la fonction publique au cours du mois de février 2018. Pour les ouvriers de l'État, le procédé sera identique, la CDC étant autorisée à utiliser les données du FSPOEIE, qui est le régime de retraite obligatoire de base des ouvriers des établissements industriels de l'État.

Seront traités par ce processus les agents titulaires affiliés au RAFP à la date du 31 décembre 2016, les droits étant reconstitués à partir de la date du début d'affiliation, le 1er janvier 2007 au plus tôt (date d'entrée en vigueur du DIF), sans tenir compte d'éventuelles périodes d'inactivité.

Certains agents titulaires ne pourront bénéficier de cette pré-alimentation automatique par la CDC, à savoir:

- les agents titulaires dont la durée hebdomadaire de travail est inférieure à 28 heures ;
- les agents titulaires sans régime indemnitaire (qui ne cotisent pas au RAFP) ;
- les agents titulaires de statut local dans une collectivité d'outre-mer ;
- les agents titulaires en position de disponibilité ou hors cadre au 31 décembre 2016.

Pour ces personnels, l'employeur public devra renseigner leur solde d'heure par saisie directe, ou par échange de fichier en les intégrant dans le fichier des agents contractuels (cf. 2.1).

Cette pré-alimentation ne prend pas en compte les droits qui ont pu potentiellement être utilisés par l'agent. Si l'employeur le souhaite, il pourra procéder à la **correction des compteurs d'heures suite à cette pré-alimentation réalisée par la CDC**. Il revient à chaque employeur de décider ou non de cette correction en fonction des consommations effectuées dans le cadre du DIF et de l'état des compteurs dont il dispose. Lorsqu'il fait ce choix de la correction, il lui revient également de décider si la décrémenter des droits intervient au 31 décembre 2016 au 31 décembre 2017, en vue d'y inclure les consommations intervenues au cours de l'année 2017.

Cette correction pourra intervenir par saisie directe de l'employeur, soit sur la période de mars à avril 2018 dans le cadre de la procédure de reprise des droits DIF (cf. 1.3), soit à partir de juin 2018 dans le cadre de la procédure de décrémentation (cf fascicule à venir).

1.2 Une correction des données pré-alimentées par un échange de fichiers

Les employeurs publics pourront également corriger les compteurs pré-alimentés en heures DIF, par le biais d'un échange de fichiers.

Les données devront être intégrées dans le fichier d'alimentation des droits acquis au titre du DIF des agents contractuels afin que ne soit transmis à la CDC qu'un seul fichier comprenant les comptes des agents titulaires corrigés et ceux des agents contractuels. Les modalités de transmission du fichier sont explicitées *supra* (cf. 2.1).

Cette option n'est envisageable que si l'employeur est en mesure de produire des fichiers présentant **un volume et un niveau de fiabilité suffisants** (toute erreur sur les données transmises peut impliquer un retour à l'employeur par la CDC – par exemple sur le numéro NIR- ou une réclamation de l'agent lui-même).

Lorsque l'employeur public opte pour cette solution, il peut choisir d'indiquer dans le fichier l'état du solde des compteurs au 31 décembre 2016 ou au 31 décembre 2017 afin de déduire directement les droits qui ont été utilisés par les agents titulaires au cours de l'année 2017.

Dans certains cas particuliers, l'employeur public aura la possibilité d'élaborer un fichier de décrémentation des droits précédemment utilisés par ses agents publics qu'il transmettra à la CDC à la fin de l'année 2018.

1.3 Une correction des données pré-alimentées par saisie directe de l'employeur sur le portail gestionnaire externe CPF

Cette solution consiste, pour les employeurs publics, à corriger directement les données pré-alimentées des agents titulaires sur le portail pour les gestionnaires externes du CPF au moyen d'habilitations individuelles. Le portail gestionnaire externe CPF permet la gestion du compte d'heures pour chaque agent.

Les habilitations des employeurs au portail CPF seront créées à partir des habilitations préexistantes sur la plateforme « E-services » (cf. encadré ci-dessous). Il s'agit **d'habilitations transitoires** qui n'ont qu'une vocation temporaire pour la mise en œuvre du processus de reprise des droits acquis au titre du DIF, **à savoir entre les mois de mars et avril 2018.**

Si l'employeur public n'est pas en capacité de réaliser cette régularisation dans la période évoquée ci-dessus, il pourra l'effectuer à compter du mois de juin 2018 lorsqu'il sera

habilité selon le mode pérenne de décrémentation des droits utilisés au titre du CPF (lequel processus fera prochainement l'objet d'un document de présentation).

L'employeur public est libre de renseigner l'état du solde des compteurs au 31 décembre 2016 ou au 31 décembre 2017 afin de déduire directement les droits qui ont été utilisés par les agents au cours de l'année 2017.

La plateforme « E-Services » est une plateforme Internet multi-fonds, sécurisée, personnalisée, pour tous les gestionnaires des établissements immatriculés à au moins un des fonds gérés par la Direction des retraites et de la solidarité de la Caisse des Dépôts. Cette plateforme est un espace privé accessible via le portail officiel des fonds gérés par la CDC.

Actuellement sur la plateforme E-Services, les employeurs publics ont accès à de nombreux services et ont la possibilité par exemple de consulter des versements de retraite ou faire une demande d'affiliation.

Chaque employeur public affilié dispose d'un administrateur principal habilité à E-Service, cet administrateur a la possibilité de créer et habiliter des administrateurs secondaires ou des gestionnaires.

Cette plateforme aura un double usage :

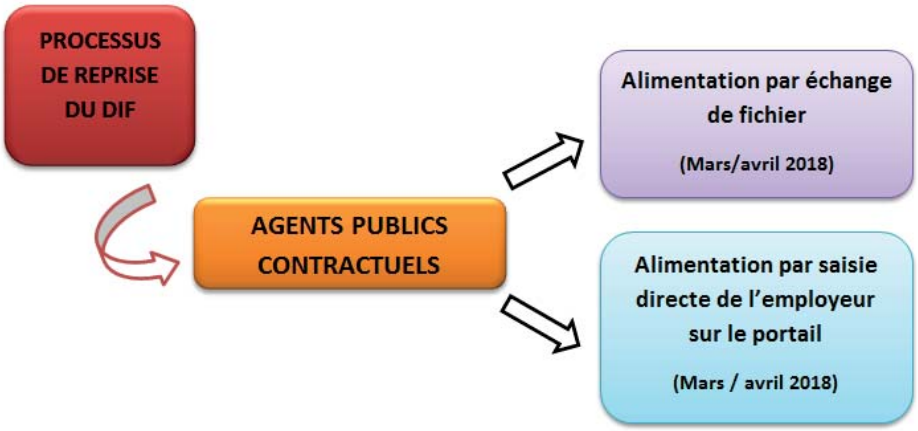
- elle est l'outil qui permettra d'effectuer les dépôts de fichiers (cf. 2.1) ;
- **sa base de données, qui recense l'ensemble des administrateurs principaux à saisir des informations dans le cadre des échanges avec la CNRACL, le RAFP ou l'Ircantec, sera dupliquée afin d'être intégrée dans le portail gestionnaire externe du SI CPF.**

Ainsi et par défaut, tous les administrateurs principaux seront habilités au service de transfert des heures DIF agents publics, lesquels pourront déléguer leur habilitation aux personnes compétentes pour effectuer les corrections des comptes pré-alimentés.

Un flux de données issu de la base de données E-services sera traité, ce qui permettra de créer, dans l'annuaire des utilisateurs du portail CPF, les employeurs de la fonction publique ainsi que leurs administrateurs principaux. Ces administrateurs principaux recevront leurs identifiants par messagerie. Ils pourront ensuite se connecter sur le portail et via le menu « gestion des habilitations » habiliter des administrateurs délégués et/ou des gestionnaires.

La plateforme E-services est accessible à l'adresse suivante :
https://www.cdc.retraites.fr/spip.php?page=boite_connexion&cible=_employeur

2. Pour les agents contractuels



La reprise des heures acquises au titre du droit individuel à la formation par les agents contractuels peut s'effectuer selon deux procédés présentés ci-dessous. **Elle devra obligatoirement être effectuée pendant la période mars - avril 2018.**

Sont concernés les agents contractuels de droit public actifs au 31 décembre 2016.

Quant aux salariés de droit privé, ils sont exclus de ce champ. Ils bénéficient du compte personnel de formation depuis le 1er janvier 2015 et leurs droits sont automatiquement alimentés depuis cette date.

2.1 L'échange de fichiers

Cette solution consiste, pour les employeurs publics, à fournir un fichier récapitulant les données nécessaires à l'identification des agents publics et à l'alimentation de leur compte d'heures. Ce fichier sera transmis par les employeurs à la CDC via la plateforme d'échange de la CDC « E-services » présentée *infra.*

Afin de permettre aux employeurs de déposer leurs fichiers, un nouveau service intitulé «Transfert des heures DIF agents publics» sera créé sur la plateforme « E-services » dans la catégorie Multi-Fonds.

Les habilitations pour transmettre les fichiers seront les mêmes que celles qui ont déjà été établies pour la gestion de divers dispositifs de retraite (RAFP, Ircantec…).

Dans cette période transitoire de reprise des droits acquis au titre du DIF, les agents qui seront habilités à se connecter sur la plateforme « E-services » pour effectuer l'échange de fichier en question sont les agents qui, en principe, sont en charge des pensions au

sein de la structure. Les agents habilités en tant qu'administrateur principal ou administrateur délégué de « E-services » pourront habiliter les personnes compétentes pour effectuer cet échange de fichier (cf. 2.2).

Pour les ministères qui utiliseront la procédure par échange de fichier, il est demandé d'identifier d'ores et déjà les services qui assureront ce travail afin de vérifier si ces services bénéficient bien d'une habilitation (via la plateforme « E-services » telle que présentée *infra*).

Le fichier transmis doit être une extraction des données contenues dans le système d'information (SIRH ou SI formation) de l'employeur, et non un fichier établi manuellement. Il est demandé un nombre très limité de fichiers pour chaque ministère, notamment au regard de ses effectifs.

L'employeur public est libre de renseigner l'état du solde des compteurs au 31 décembre 2016 ou au 31 décembre 2017 afin de déduire directement les droits qui ont été utilisés par les agents au cours de l'année 2017.

Un nombre minimum de 300 lignes est fixé pour pouvoir échanger un fichier.

La taille maximum de fichier supportée par la plateforme E-services est de 60 Mo (taille d'un fichier pouvant comprendre plusieurs millions de lignes).

Le nom du fichier CSV devra compoter la raison sociale de l'employeur (limitée à 60 caractères alphanumériques) et la date de dépôt du fichier. Ainsi, le nom du fichier attendu est le suivant : DIF-RaisonSociale-AAAAMMJJ.csv

L'échange de fichiers interviendra sur la période mars - avril 2018. Il est conseillé à chaque employeur de procéder aux opérations dès que possible, de façon à anticiper d'éventuelles corrections suite à des anomalies, lesquelles devront intervenir avant la fin du mois d'avril.

Les informations attendues dans le fichier sont les suivantes :

Libellé des champs	Type	Longueur	Présence	Commentaires	Contrôles CDC
SIRET*	Numérique	14	O	Si le SIRET n'est pas connu, renseigner le SIRET Ministère fourni dans le mode opératoire. Contrôles sur le type numérique et la longueur	Obligatoire Non bloquant
Raison Sociale*	Alphanumérique	60	O	Si inconnu, renseigner la raison sociale du Ministère fournie dans le mode opératoire, contrôle sur la longueur	Obligatoire Non bloquant
Numéro d'Inscription au Répertoire (NIR)	**Alphanumérique**	**13**	**O**	**Si NIR non renseigné sur 13 caractères➔ rejet de la ligne** **Si NIR non trouvé dans le référentiel SNGI➔ rejet de la ligne**	**Obligatoire Bloquant**
Nom du titulaire	Alphanumérique	80	O	Format DADSU: majuscule sans accent, caractères blanc, trait d'union, apostrophe autorisés Si le nom du titulaire ne correspond pas au NIR, seul le NIR sera pris en compte➔ il n'y aura pas de rejet Si NIR en double ➔ un seul NIR sera pris en compte Sont acceptés: le nom d'usage, le nom marital et le nom de naissance	Obligatoire Non bloquant
Prénom du titulaire	Alphanumérique	40	O	Format DADSU: majuscule sans accent, caractères blanc, trait d'union, apostrophe autorisés	Obligatoire Non bloquant
Solde nombre d'heures DIF au 31/12/2016	Numérique	3	O	Si pas numérique➔ rejet de la ligne	Obligatoire Bloquant

L'employeur transmet à la CDC un fichier « .csv » (avec un point-virgule en séparateur de champs) via la plateforme de la Direction des Retraites et de la Solidarité « E-Services ».

L'accès est sécurisé et nécessite une connexion de l'employeur avec l'identifiant et le mot de passe de son habilitation « E-Services » (idem à celui utilisé pour les différents fonds de retraite gérés par la DRS).

L'employeur dépose son fichier sur le service de dépôt dédié, accessible via le menu « Accès aux services », Multi-Fonds « Transfert des heures DIF agents publics ».

Si un agent est présent dans plusieurs fichiers, seules les données contenues dans le dernier fichier traité seront retenues selon la règle « annuler et remplacer ».

➢ **Gestion des erreurs sur les fichiers – Deux types de rejets sont à distinguer :**

❖ **Rejet global du fichier, au moment du dépôt, si le format du fichier est incorrect.**
Les contrôles sont effectués sur :

- Le nom du fichier : les caractères spéciaux ne sont pas acceptés, un format comprenant le nom de la structure du déposant et la date sera préconisé dans le mode opératoire.
- La présence éventuelle de virus.
- Le format de fichier : le format « .csv » est attendu, avec comme caractère séparateur le point-virgule.
- Unicité du transfert sur le contenu du fichier parmi tous les fichiers transmis par cet employeur via E-services.
- Dans le cas d'un rejet global du fichier, le transfert ne pourra aboutir et un message indiquant le caractère KO du transfert sera affiché.

❖ **Rejet d'une ou plusieurs ligne(s) unique(s), à l'issue du traitement, si les contrôles appliqués ne sont pas respectés sur cette (ces) ligne(s).**

- Les contrôles effectués portent sur les éléments exposés dans le tableau de la page 10.
  Création d'une ligne de rejet dans le fichier KO comportant le motif de rejet rencontré.

Un compte rendu de traitement du fichier est établi par la CDC et accessible sur la plate-forme, permettant d'identifier les rejets et de savoir combien de soldes DIF ont été mis à jour.

→ Voir cahier des charges « Dépôt de fichiers sur E-services »

2.2 La saisie directe via habilitation sur le portail par les gestionnaires externes du CPF

Cette solution consiste, pour les employeurs publics, à saisir directement les données sur le portail, opération à mener par les gestionnaires externes du CPF au moyen d'habilitations individuelles.

Ces habilitations des employeurs seront créées à partir des habilitations préexistantes des administrateurs principaux sur le portail « E-services », via une duplication sur le portail CPF – pour mémoire, ces habilitations sont aujourd'hui utilisées dans le cadre de la gestion de différents régimes de retraite (cf. page 12). **Cette duplication interviendra sans mise à jour préalable des habilitations existantes, opération qui sera menée ultérieurement dans le cadre du processus de décrémentation.**

Un flux de données issu de la base de données « E-services » sera traité, ce qui permettra de créer, dans l'annuaire des utilisateurs du portail CPF, les employeurs de la fonction publique ainsi que leurs administrateurs principaux.

Ces administrateurs principaux recevront leurs identifiants par messagerie.

Ils pourront ensuite se connecter sur le portail et via le menu « gestion des habilitations » habiliter des administrateurs délégués et/ou des gestionnaires.

Lors de la création d'un compte pour un gestionnaire, l'administrateur principal doit lui attribuer un rôle et un profil qui correspond au niveau de droit.

Trois rôles sont disponibles pour les membres d'un organisme :

1. **Administrateur principal** : il est unique par organisme. Il habilite et gère les comptes des gestionnaires et des administrateurs délégués de l'organisme.
   Ce rôle correspond à celui qui sera attribué aux utilisateurs habilités lors de l'opération de transfert en masse des habilitations.

2. **Administrateur délégué** : il habilite et gère les comptes gestionnaires. Il n'y a pas de limitation du nombre d'administrateurs délégués.

3. **Gestionnaire** : il consulte ou instruit un dossier de formation en fonction du profil attribué par l'administrateur. Il ne peut pas créer d'autres utilisateurs. Un seul profil du gestionnaire parmi les 4 identifiés est utile pour cette phase transitoire, celui de « Consultation ». Ce profil permet notamment de modifier le solde DIF des agents selon les modalités en vigueur sur le portail.

Cette saisie devra obligatoirement être effectuée pendant la période mars - avril 2018, le processus de décrémentation n'étant prévu que pour réduire le montant des droits et non pour les augmenter (cf. fascicule à venir).

Sur le portail gestionnaire externe :

L'agent habilité en charge de saisir le DIF va effectuer une recherche par le **NIR et le NOM de l'agent**.

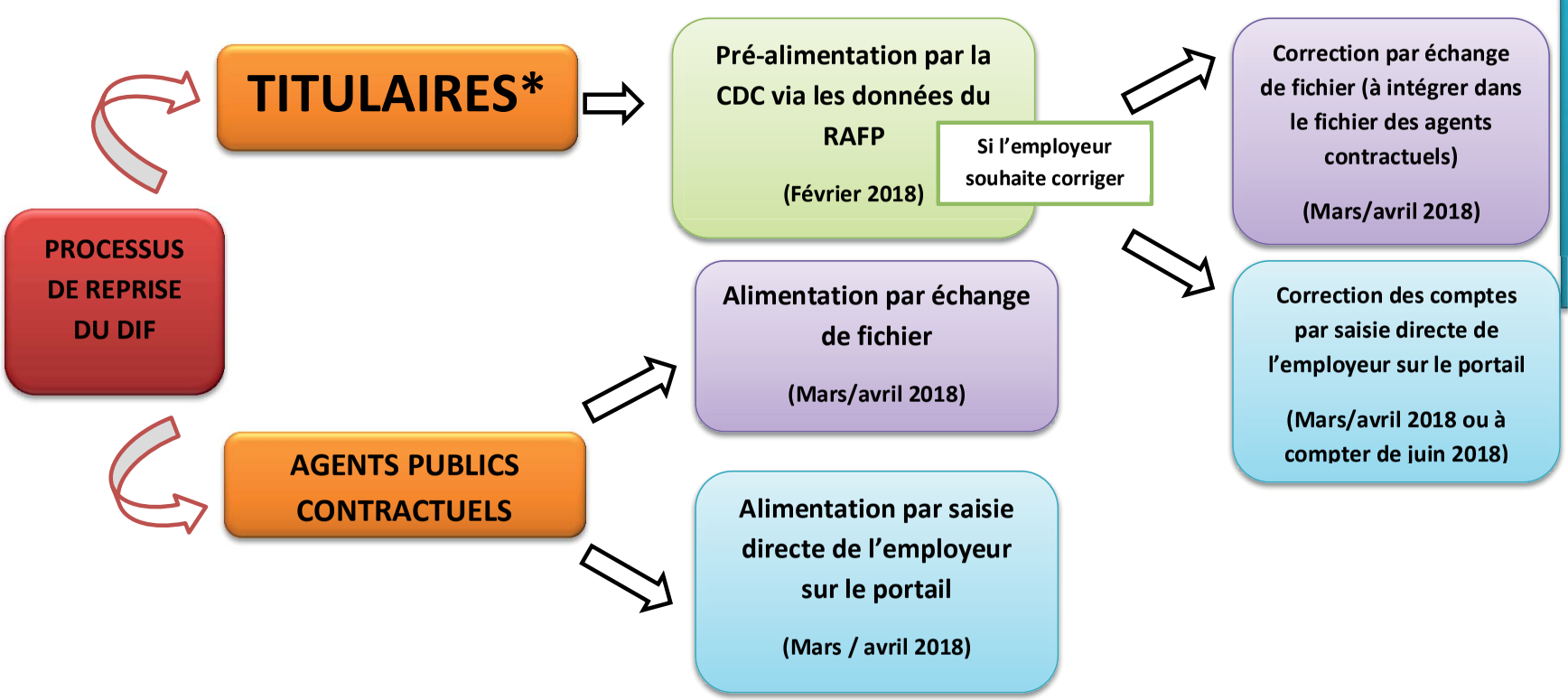
Une fois sur la page dédiée, il y a une unique case de saisie pour renseigner le solde du compte.

En cas de multi-employeurs pour l'agent, c'est à l'employeur public qui supporte la plus grosse quotité de travail de l'agent de reconstituer ses heures DIF totales acquises au 31 décembre 2016.

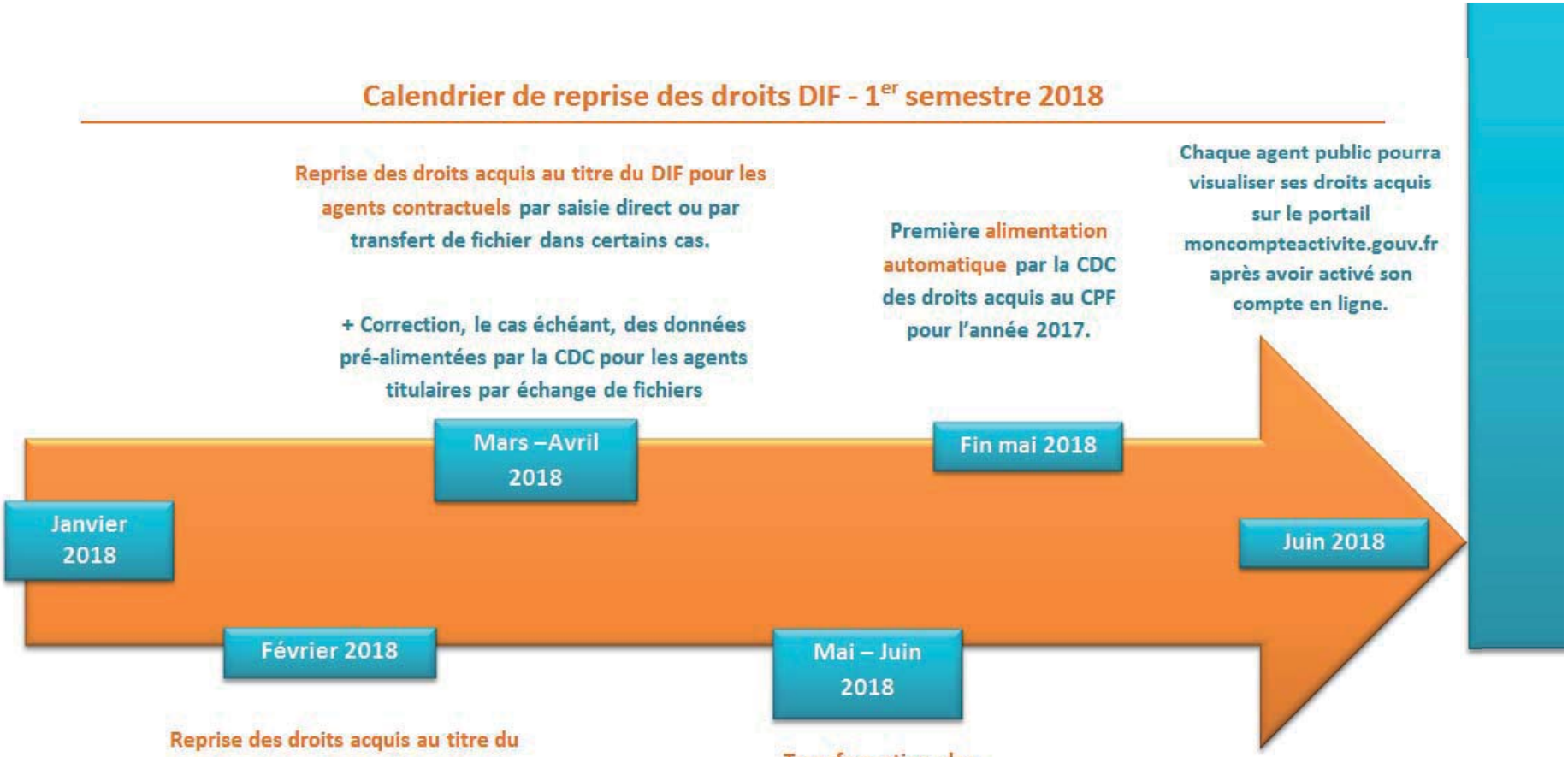
Chaque nouvelle saisie remplacera et écrasera la précédente et c'est à la fin de la campagne de saisie (fin du mois d'avril) que sera arrêté le solde DIF de l'agent.

→ Voir cahier des charges « Habilitation en masse »
→ Voir cahier des charges « Saisie du DIF pour les agents publics sur le portail gestionnaire»

La reprise des heures acquises au titre du DIF au 31/12/2016



Calendrier de reprise des droits DIF - 1er semestre 2018



LES COLLECTIONS DE LA DGAFP

Guide pour le déploiement du système d'information du compte personnel de formation dans la fonction publique

Fascicule 1 :
La reprise des droits acquis au titre du droit individuel à la formation

RAPPORT ANNUEL

La collection Rapport Annuel rassemble les rapports publiés par la DGAFP. Le *Rapport annuel sur l'état de la fonction publique* présente, dans la partie « Politiques et pratiques de ressources humaines », les grands axes de gestion des ressources humaines et, dans la partie statistiques « Faits et chiffres », un bilan social de la fonction publique. Cette collection propose également le *Rapport annuel sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes dans la fonction publique*, dont la première édition est parue en 2014. En sont issues des brochures telles que « Chiffres-clés » et « Tableau de synthèse ».

POLITIQUES D'EMPLOI PUBLIC

Les publications regroupées au sein de cette collection traitent tous les thèmes rattachés à la gestion prévisionnelle des ressources humaines, de la gestion des connaissances à celles des compétences. Elle propose également les protocoles d'accord issus des négociations avec les organisations syndicales représentatives de la fonction publique.

CADRES DE LA FONCTION PUBLIQUE

Destinée à tous les cadres de la fonction publique – encadrement supérieur, cadres intermédiaires et de proximité – cette nouvelle collection propose des outils de management et de gestion des ressources humaines. L'objectif : fournir à ces managers des outils pour agir.

LES ESSENTIELS

Cette collection – destinée à un large public – rassemble sous forme de fiches ou de livrets pédagogiques, les informations concernant le recrutement, les concours, les carrières, la formation et, au sens large, tous les aspects du parcours professionnel des agents de la fonction publique.

OUTILS DE LA GRH

Destinée en priorité aux gestionnaires des ressources humaines, cette collection regroupe de nombreux outils d'aide au pilotage utilisés au quotidien par les services RH. Le *Répertoire interministériel des métiers de l'État* (Rime), des guides ponctuels comme L'apprentissage dans la fonction publique de l'Etat, ou encore des kits d'outils pratiques comme celui sur *Les instances médicales dans la fonction publique*, en font ainsi partie.

STATISTIQUES ET RECHERCHE SUR LA FP

Cette collection est déclinée en quatre sous-collections, destinées aux décideurs, gestionnaires, statisticiens et chercheurs : « Stats rapides » présente des indicateurs et premiers résultats ; « Point Stat » livre une analyse synthétique des résultats d'enquêtes et d'études statistiques en quelques pages ; « Documents et méthodes »propose des points d'étape sur des travaux de recherche et de méthodologie ; « Études, recherche et débats » présente des analyses approfondies, aussi bien quantitatives que qualitatives.

www.fonction-publique.gouv.fr

© DGAFP - Bureau de la communication - Janvier 2018

ADMINISTRATION

SERVICES DÉCONCENTRÉS

PREMIER MINISTRE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DES SPORTS

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

Secrétariat général du Gouvernement

Direction des services administratifs et financiers

Sous-direction du pilotage des services déconcentrés

Bureau de la coordination, de l'animation et de la modernisation des services

Secrétariat général des ministères sociaux

Direction des ressources humaines

Sous-direction de la qualité de vie au travail

Bureau des conditions de travail et de la médecine de prévention

Instruction interministérielle n° DRH/SD3C/SGG/DSAF/2018/105 du 11 juin 2018 précisant les modalités d'application de l'arrêté du 8 juin 2018 relatif aux modalités d'organisation du télétravail dans les directions régionales et départementales de la jeunesse, des sports, et de la cohésion sociale, dans les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale et dans les directions de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

NOR : *SSAR1811285J*

Date d'application : immédiate.

Examinée par le COMEX le 24 mai 2018.

Catégorie : instructions 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 DRDJSCS, DRJSCS et DJSCS.

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 8 juin 2018 portant application dans les directions régionales et départementales de la jeunesse, des sports, et de la cohésion sociale, dans les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale et dans les directions de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale 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 n° DRH/SD3/2016/140 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.
Annexe 5. – Journal de bord à destination du manager.
Annexe 6. – Modèle d'arrêté individuel.
Annexe 7. – Fiche d'évaluation individuelle et collective.

Public concerné : fonctionnaires et agents publics non fonctionnaires régis par la loi 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 Premier ministre, la ministre des solidarités et de la santé, la ministre des sports et le ministre de l'éducation nationale à Mesdames et Messieurs les préfets de région ; Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux et départementaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux 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.

INTRODUCTION

I. – PRINCIPES GÉNÉRAUX
1.1. **Définition (*cf.* article 2 de l'arrêté du 8 juin 2018)**
1.2. **Les principes généraux gouvernant le télétravail**

II. – MODALITÉS D'ORGANISATION
2.1. **Adaptation de l'organisation du travail et concertation interne**
a) Une organisation du service adaptée
b) Un management à adapter
c) Les gains collectifs attendus
2.2. **Quotité de temps pouvant être exercée en télétravail**
a) Règles générales
b) Télétravail mensualisé fixe ou par jours flottants
c) Utilisation des jours de télétravail
2.3. **Horaires de télétravail (article 7 de l'arrêté du 8 juin 2018)**
2.4. **Définition de critères de priorisation en cas d'un afflux de demandes**
a) Priorisation des demandes
b) Modulation du nombre de jours de télétravail accordés à chacun des demandeurs
c) Une organisation basée sur une rotation entre les demandeurs-ses
2.5. **Organisation de campagnes de recueil des demandes de télétravail**

III. – L'ACCÈS AU TÉLÉTRAVAIL
3.1. **Conditions d'accès relatives à l'agent**

3.2. **Conditions d'accès relatives aux activités**
3.3. **Conditions d'accès relatives au lieu d'exercice du télétravail**
a) Lieu(x) d'exercice
b) Conformité des installations

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

4.1. **Formalisation de la demande par l'agent**
4.2. **La procédure d'autorisation**
a) Un entretien préalable entre le responsable hiérarchique et l'agent
b) La validation par le directeur régional
c) La décision favorable prend la forme d'un acte individuel
d) Refus de la demande et voies de recours
e) Fin de la période de télétravail et renouvellement du télétravail
4.3. **Formation**
4.4. **Préservation de la santé et de la sécurité au travail des télétravailleurs**
a) Les garanties en matière de santé et de sécurité au travail
b) Le suivi du travail réalisé et le maintien de la cohésion des collectifs de travail

V. – DISPOSITIONS TRANSITOIRES

5.1. **Les agents en télétravail depuis l'année 2017**
5.2. **Les demandes de télétravail portant sur l'année 2018**

VI. – ÉVALUATION ET SUIVI DU DISPOSITIF

SOMMAIRE DES ANNEXES

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 contractuels 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.

C'est dans ce cadre qu'a été pris l'arrêté du 8 juin 2018 portant application dans les directions régionales et départementales de la jeunesse, des sports, et de la cohésion sociale, dans les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale et dans les directions de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale 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.

La présente instruction a pour objectif de préciser les modalités de mise en place du télétravail aux DRJSCS, DRDJSCS et DJSCS (*cf.* article 1er de l'arrêté du 8 juin 2018).

Les Comités techniques (CT) et les Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ministériels (CHSCT-M) jeunesse et sports, affaires sociales et des DDI ont été consultés.

I. – PRINCIPES GÉNÉRAUX

1.1. **Définition (*cf.* article 2 de l'arrêté du 8 juin 2018)**

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 publics non fonctionnaires régis par la loi nº 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, ensemble la loi nº 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 nomadisme qui est pratiqué par les agents dont les activités s'exercent, par nature, en dehors des locaux de l'employeur, il s'agit notamment des activités d'inspection, de contrôle et d'évaluation ou de nature technique et pédagogique nécessitant une présence sur le terrain (ce qui n'exclut pas que les comptes rendus de ces activités soient rédigés dans le cadre d'une activité de télétravail à domicile) ;
– le travail en réseau ou en site distant, ainsi désigné parce que l'agent exerce ses activités dans des locaux relevant de l'autorité de son employeur mais sur un site distinct de celui d'une partie de sa hiérarchie et de ses collègues ;
– le travail à distance, dans le plan de continuité des activités, qui répond au besoin de maintenir un niveau minimal d'activité en cas de survenance d'événements exceptionnels (par exemple, intempéries, pandémies ou encore terrorisme).

Une activité professionnelle dans une période d'astreinte, ne relève pas du télétravail, tout comme l'éventuelle intervention réalisée depuis son domicile pendant la période d'astreinte si celle-ci est comptabilisée comme du temps de travail effectif.

1.2. **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 responsable hiérarchique : l'agent doit formellement demander à son responsable hiérarchique l'autorisation d'exercer en télétravail laquelle est subordonnée à l'accord exprès du responsable hiérarchique et la validation du chef de service, en l'occurrence le directeur régional. Le télétravail ne peut être imposé à un agent 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 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) ;
– 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 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, correspondant à ses aptitudes professionnelles et ses aspirations. L'agent en télétravail a les mêmes droits et obligations que les agents 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 en télétravail et les agents 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 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 (CHSCT et CT locaux), 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 agent ;
– 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 doivent s'investir.

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

Le télétravailleur doit pouvoir mobiliser des capacités d'organisation de son temps de travail et de gestion de sa charge de travail. Cette autonomie dans le travail est appréciée par le supérieur hiérarchique au regard des critères énoncés dans le guide télétravail « Guide d'accompagnement de la mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique » de la DGAFP.

De sorte que le responsable hiérarchique (chef de bureau, de mission, de département, de pôle, de section etc.) dans son rôle de manager sera amené 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 – 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 responsable hiérarchique sera central dans la réussite de ce projet de refonte de l'organisation interne et dans sa relation avec les agents puisqu'il 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 supérieur hiérarchique doit être attentif à sa communication, s'agissant notamment des courriels : il devra être accessible et veiller à répondre dans un délai raisonnable (24 h) 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 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 bénéficiant du télétravail doit se mettre en situation de rendre compte de l'activité effectuée et de répondre aux sollicitations de son supérieur hiérarchique direct 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 télétravailleur que pour le collectif de travail, est de nature à favoriser la réussite du dispositif.

Les gains attendus pour les télétravailleurs 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 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 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, 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 exerçant leurs fonctions à temps plein

Pour un agent exerçant à temps plein, le nombre maximum de jours en télétravail est de trois jours par semaine.

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

Agents exerçant leurs fonctions à temps partiel

Lorsque l'agent 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 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 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

Exemples :

– le lundi des semaines paires (soit 2 jours/mois) ;
– du lundi au mercredi de la 4e semaine du mois (3 jours/mois).

(ii) Les jours de télétravail dits « flottants » (article 4 de l'arrêté 8 juin 2018)

Dans certains cas, il peut être plus facile d'adapter le télétravail aux nécessités du service en accordant aux intéressés un certain nombre de jours par mois d'autorisation de télétravail à des dates non fixées dans l'acte individuel de l'agent.

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

Conditions d'attribution

Un délai de prévenance raisonnable devra être respecté, sauf en cas de force majeure. Le délai de prévenance devra figurer dans l'arrêté individuel.

Cependant, les intéressés 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 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 chef 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

(i) 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 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 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, 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 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.

(ii) 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 ou à celle de son responsable hiérarchique, entraîne une modification de l'arrêté individuel de l'agent ou d'un nouvel avenant à son contrat de travail. Dans tous les cas, cette modification sera précédée d'un entretien entre l'encadrant et l'agent concerné et requerra l'accord de la hiérarchie.

2.3. **Horaires de télétravail (article 7 de l'arrêté du 8 juin 2018)**

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 42 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 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 doit pouvoir être joint par son responsable hiérarchique pendant ses horaires de travail. Pour les agents soumis au décompte horaire, 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. Il pourra préciser 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 fixée par le règlement intérieur local.

Pour les agents au régime du forfait, l'arrêté individuel précisera les conditions selon lesquelles ils peuvent être joints dans le respect des garanties minimales de repos.

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.

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

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 du personnel de fixer des critères de priorisation des demandes.

En effet, tout agent, 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 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 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, 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.

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

a) Priorisation des demandes

Les demandes de télétravail ne sont recevables que de la part des agents 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.

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 agent 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 : accompagnement d'un parent âgé, jeune(s) enfant(s) à charge, 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 pour le fonctionnement du service.

b) Modulation du nombre de jours de télétravail accordés à chacun des demandeurs

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

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

En cas de difficultés à prioriser les demandes, le 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 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.

Le directeur régional doit organiser au minimum une campagne de recueil des demandes de télétravail par an. Les organisations représentatives du personnel sont informées de ce calendrier.

Une information préalable à l'ensemble des agents 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, permettra également de recenser les besoins exacts en équipements informatiques. 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**

Peuvent prétendre au télétravail :

➢ Tout agent public, fonctionnaire ou contractuel, 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 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.

➢ Organisant son temps de travail et gérant sa charge de travail

Il est essentiel de s'assurer des aptitudes de l'agent à exercer en télétravail. Il 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 diagnostic figurant en annexe doit permettre à l'agent d'évaluer son autonomie. Elle est strictement personnelle et n'a pas à être communiquée à son responsable hiérarchique (*cf.* Annexe 1).

À cet égard, il est important que le responsable hiérarchique puisse échanger sur ce point avec l'agent préalablement à la prise d'une décision de télétravail le concernant. Il peut être décidé, en accord avec l'agent, 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, 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) ou s'il apparaît préférable pour l'agent 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 souhaite exercer en télétravail constitue une condition essentielle.

L'article 3 de l'arrêté du 8 juin 2018 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 ;
– 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 Toutefois, sous réserve de l'avis technique des SIDSIC émis lors de la demande, les agents bénéficiant d'un matériel informatique adapté à leurs activités peuvent les exercer en télétravail *via* une connexion sécurisée au réseau avec un accès dit « VPN » ;
– 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 qui souhaiterait exercer en télétravail, si les tâches qu'il 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, 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 exerce une activité ne figurant pas dans cette liste, il 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 6 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 ou dans les locaux d'autres administrations ou d'établissements publics désignés liés par une convention.

Il convient de rappeler à l'agent 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

En métropole, l'autorisation d'exercice des activités en télétravail est accordée par le chef de service après avis technique favorable du service interministériel départemental des systèmes d'information et de communication. En l'absence d'observations sous quinze jours ouvrés à compter de la date de réception de la saisine, l'avis du responsable du service interministériel départemental des systèmes d'information et de communication est réputée favorable (article 5 de l'arrêté du 8 juin 2018)

Lorsque le lieu de télétravail est le lieu de domicile de l'agent, et conformément à l'article 9 de l'arrêté du 8 juin 2018, celui-ci doit :

– fournir un certificat de conformité ou, à défaut, une attestation sur l'honneur justifiant de la mise aux normes de sécurité incendie et de sécurité électrique des installations et des locaux dédiés au télétravail ;
– 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[1] ;
– 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 si celle-ci est nécessaire à l'exercice des activités en télétravail.

À défaut de produire l'un des éléments énumérés ci-dessus, l'agent ne pourra être autorisé à exercer ses activités en télétravail.

[1] Le contrat multirisques habitation classique permet de garantir l'habitation, lorsque l'agent exerce pour le compte de son administration une activité de télétravail à son domicile. La responsabilité civile liée à l'activité professionnelle, n'est pas assurée par le contrat habitation, car elle est couverte par l'assurance de l'employeur. Il en est de même du matériel utilisé pour l'activité de télétravail. Ainsi, la production de cette pièce ne doit pas entrainer de surcoût pour l'agent.

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

L'admission en télétravail suppose au préalable :

– une demande formalisée par l'agent ;
– un entretien avec son responsable hiérarchique direct ;
– un accord formel du directeur régional ;
– un acte individuel.

4.1. **Formalisation de la demande par l'agent**

L'agent adresse à son supérieur 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 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 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.

a) Un entretien préalable entre le responsable hiérarchique et l'agent

Le responsable hiérarchique rappelle au préalable à l'entretien les objectifs du télétravail et fait une analyse de la faisabilité du télétravail avec l'agent 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 d'un même service demanderaient à exercer en télétravail (quotité de temps télétravaillée et les jours) ;
– les horaires au cours desquels l'agent pourra être joint ;
– 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 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 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 indique à l'agent 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 qu'il s'engage à pouvoir se consacrer pleinement à son travail, dans la journée, aux heures qu'il aura déclarées et qu'il doit être à la disposition de son administration pendant ces horaires.

Enfin, il sera rappelé que pendant le télétravail, l'agent 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.

b) La validation par le directeur régional

Le directeur régional après avoir notamment centralisé les demandes et reçus les avis des supérieurs hiérarchiques directs, accorde ou non les autorisations ou renouvellements de télétravail.

c) La décision favorable prend la forme d'un acte individuel

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

En accord avec l'agent, le supérieur hiérarchique 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).

L'acte individuel doit mentionner (un modèle type est proposé en annexe) :

– le lieu d'exercice en télétravail ;
– les fonctions exercées par l'agent 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 raisonnable sera précisé ;
– l'éventuelle période d'adaptation (3 mois maximum) ;
– les horaires de travail déclarés par l'agent, 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.

d) 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 la responsable hiérarchique, conduit à un refus, celui-ci doit être précédé d'un entretien avec l'agent (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.

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

e) Fin de la période de télétravail et renouvellement du télétravail

Le télétravail prend fin en cas de changement de poste.

Par ailleurs, à l'initiative du service ou de l'agent, il peut prendre fin :

– pendant la période d'adaptation de trois mois ;
– à l'échéance de l'autorisation ;
– à tout moment, notamment lorsque le télétravailleur ne respecte pas ses engagements.

➢ L'agent 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, 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.

➢ De même, le 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, pour des motifs tenant à l'organisation du service ou à des difficultés rencontrées par l'agent 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.

À noter qu'un changement de poste entraîne la cessation du télétravail. L'agent 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 responsable hiérarchique de s'assurer de sa maîtrise de ses nouvelles activités (en principe, un an).

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

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

4.3. **Formation**

Des actions de formation pour les encadrants 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 manageurs et futurs télétravailleurs sont vivement incités à participer à ces formations qui gagneraient à être anticipées avant le déploiement du télétravail. Une sensibilisation de l'ensemble des équipes permettrait une meilleure connaissance de cette nouvelle modalité de travail.

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.

Déontologie – protection des données

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

Le télétravailleur s'engage à ne pas sous-traiter les travaux qui lui sont confiés par son supérieur hiérarchique, à respecter la confidentialité des informations obtenues ou recueillies dans le cadre de son travail à domicile ou du lieu de son activité professionnelle.

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

4.4. **Préservation de la santé et de la sécurité au travail des télétravailleurs**

a) Les garanties en matière de santé et de sécurité au travail

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

L'agent qui télétravaille à son domicile bénéficie de la même couverture de risques que les autres agents 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 2.3. Pour les agents au forfait, leur imputabilité au service doit correspondre au lieu de travail, et si besoin, au temps de travail prévus par l'arrêté d'autorisation du télétravail.

La prévention des risques

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

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

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

b) 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 en télétravail des modalités de suivi de son travail.

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

Des entretiens pourront être également programmés régulièrement avec l'agent afin de faire un point des dossiers en cours, et la mise en commun de ces éléments pourra utilement être effectuée par l'agent 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 télétravailleur, 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 ait le même niveau d'information que ses collègues exerçant sur site.

V. – DISPOSITIONS TRANSITOIRES

5.1. **Les agents en télétravail depuis l'année 2017**

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 2018**

Les agents 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 concernés, transmettront leur avis aux directeurs et directrices.

Les directeurs, 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 dont la demande aura été acceptée.

VI. – ÉVALUATION ET SUIVI DU DISPOSITIF

Un bilan annuel sera présenté devant le CHSCT compétent au niveau local.

*
* *

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 dans leur activité professionnelle.

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

Pour le secrétaire général du Gouvernement,
et par délégation :
Le directeur des services administratifs et financiers du Premier ministre,
M. DUVAL

Pour les ministres et par délégation :
La secrétaire générale des ministères sociaux,
S. FOURCADE

Sommaire des 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
Annexe 5. – Journal de bord à destination du manager
Annexe 6. – Modèle d'arrêté individuel
Annexe 7. – Fiche d'évaluation individuelle et collective

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 N+1, des services ressources de l'administration, des usagers, des fournisseurs… ?*
- *Est-ce que je suis suffisamment à l'aise avec l'informatique (ordinateur, logiciels, smartphone…) et les TIC (Internet, intranet, serveur…) ?*
- *Est-ce que je sais et peux organiser mon travail seul ?*
- *Est-ce que j'arriverai à passer facilement et régulièrement 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 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'aie 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 à télétravailler.**

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

ANNEXE 2

LES RISQUES LIÉS AU TÉLÉTRAVAIL
MODÈLE TYPE DE DUERP INTÉGRANT UN FACTEUR DE RISQUE LIÉ AU TÉLÉTRAVAIL

UNITÉ de travail / Population impactée	DANGER	RISQUE	FAMILLE de risques	ANALYSE du risque – Fréquence, Gravité, Priorité	MESURES de prévention - Existantes	MESURES de prévention – A mettre en œuvre	ACTEURS de prévention concernés	ECHÉANCE
Télétravailleur	Objectifs mal dimensionnés	Exigence du travail inadaptée	Risques psycho-sociaux	Cotation à réaliser	Réalisation de suivis trimestriels ou semestriels afin d'adapter les objectif	Généralisation de ce type de mesure	Encadrement de proximité (recours hiérarchie possible), Référent Télétravail	Dès mise en œuvre de la généralisation

Les facteurs de risques psychosociaux

POPULATION impactée	CATÉGORIE de risque	FACTEUR de risque	ANALYSE
Télétravailleurs	Risques psychosociaux	Isolement social et professionnel	Ce facteur de risque existe et se traduit par une réduction de l'accès aux échanges informels (souvent source de montée en compétences/ partage d'expériences) dans les services. Il n'est contenu que par les efforts fournis par les collègues et/ou les managers pour « penser à transmettre les informations » mais une déperdition d'information existe (elle n'est toutefois pas nécessairement pénalisante dans l'activité quotidienne) Notons par ailleurs que ce risque est renforcé dans les cas de cumul de télétravail et de temps partiel.
		Difficultés à scinder vie personnelle et vie professionnelle	Les retours des expérimentations montrent que ce risque peut être évité au cours de la période de test du dispositif et en amont du délai de rétractation.
		Objectifs mal dimensionnés	Ce risque peut être contenu avec la réalisation systématique des suivis trimestriels ou semestriels qui doivent permettre de réaliser des ajustements, notamment en termes d'objectifs
		Contrôle inadapté et/ou abusif	Ce risque est, d'ores et déjà, avéré. Un travail de fond de modification des représentations du rôle et de la fonction de manager est encore à opérer. La systématisation et le caractère obligatoire de la formation manager des équipes à distance et manager des télétravailleurs devraient être instaurés
		Démotivation liée à la monotonie	Aucun des retours ne permet de confirmer l'existence de ce risque sur les populations actuelles de télétravailleurs
		Désocialisation	Aucun des retours ne permet de confirmer l'existence de ce risque sur les populations actuelles de télétravailleurs
Collectif de travail	Risques psychosociaux	Le rejet des collègues qui jugent la personne en télétravail « privilégiée »	Ce facteur de risque est évoqué par les télétravailleurs. Le rejet ou l'incompréhension viennent tant des collègues qui assimilent très souvent « télétravail et RTT » (de très nombreux témoignages de télétravailleurs vont dans ce sens) que de certains managers pour qui le management à distance est une révolution culturelle en termes de pratiques managériales mais surtout de représentation de la fonction d'encadrant.. C'est aux instances de Direction de plus haut niveau qu'incombe la responsabilité d'accompagner cette transformation des représentations. Le soutien qu'elles peuvent apporter aux télétravailleurs ainsi qu'au dispositif est crucial en la matière
		Alourdissement des tâches des personnes sur site	Ce facteur de risque est très sensible à évaluer car il fait l'objet de représentations diverses. En effet, certains collègues de télétravailleurs, qui voient leur organisation habituelle de travail modifiée, assimilent souvent cela à un accroissement de charge de travail pur et simple. Or, de l'avis des managers, les expérimentations menées ont montré qu'il n'y a pas (ou à la marge et très ponctuellement) de report de charge réel sur le collectif de travail, mais éventuellement une évolution de l'activité quotidienne et de sa répartition.

ANNEXE 3

GRILLE D'ANALYSE DE L'ACTIVITÉ

ANALYSE DE L'ACTIVITÉ ET MISE EN PERSPECTIVE AVEC LE TÉLÉTRAVAIL

ÉTAPE 1

DÉCRIRE L'ACTIVITÉ 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 au service qui impactent l'activité*	PRÉCISER les objectifs poursuivis (quantitatifs et qualitatifs) et les indicateurs et outils de mesure et/ou contrôle
Spécifiques					

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 au service 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					

ÉTAPE 2

REPÉRER ET ANALYSER LES PRINCIPALES SITUATIONS À PROBLÈMES *1/4*

	CARACTÉRISER LA SITUATION PROBLÈME DÉCRIRE : les faits, lieux, acteurs, outils, usagers, 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.)	

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 le service*

3/4

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

4/4

QUELLES 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.)*

ÉTAPE 3

MISE EN PERSPECTIVE AVEC LE TÉLÉTRAVAIL

ACTIVITÉS « télétravaillables »	AVANTAGES (service, usagers, agents (individuellement et collectivement))	FREINS/RISQUES (service, usagers, agents (individuellement et collectivement))	POINTS DE VIGILANCES

ÉTAPE 4

SIMULATIONS DU TÉLÉTRAVAIL/SCÉNARII POSSIBLES

SCÉNARIO TÉLÉTRAVAIL : MODE NORMAL	SCÉNARIO TÉLÉTRAVAIL : MODE DÉGRADÉ

ANNEXE 4

JOURNAL DE BORD DU TÉLÉTRAVAILLEUR

JOURNAL DE BORD SUR LES FAITS MARQUANTS DU TÉLÉTRAVAIL

(À REMPLIR PAR LES TÉLÉTRAVAILLEURS)

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

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

ANNEXE 5

JOURNAL DE BORD À DESTINATION DU MANAGER

JOURNAL DE BORD SUR LES FAITS MARQUANTS DU TÉLÉTRAVAIL

(À REMPLIR PAR LES MANAGERS DE TÉLÉTRAVAILLEURS)

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

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

ANNEXE 6

MODÈLE D'ARRÊTÉ INDIVIDUEL

Arrêté individuel

Le.La directeur-trice ……..,

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 8 juin 2018 portant application dans les directions régionales et départementales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, dans les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale et dans les directions de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale 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 ;

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-sa 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 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-sa responsable hiérarchique.

Article 3

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 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 4

Le mode choisi d'un commun accord est le travail à raison de ..... jours par semaine[2],

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

Les horaires pratiqués par l'agent en télétravail à son domicile sont de 7 h 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 ...).

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, logiciels, télécommunication) qu'il-elle s'engage à recevoir pendant ses horaires de travail si cela s'avérait nécessaire.

Par ailleurs, il 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

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.

[2] Conformément à l'article 3 du décret n° 2016-151 du 11 février 2016, le nombre de jours en télétravail d'un agent exerçant à temps complet ne peut être supérieur à 3 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 6 mois à ces seuils. Cette dérogation est renouvelable une fois après avis du médecin de prévention ou du médecin du travail.

Article 6

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-e 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 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

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 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

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

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

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

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

Article 12

Le directeur-trice régional-e est chargé-e de l'exécution du présent arrêté.

ANNEXE 7

FICHE D'ÉVALUATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE

(à remplir par le télétravailleur et le manager)

1/ Évaluation 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/ Évaluation 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 / Évaluation 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**

3/ Évaluation 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 ?

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 4 juillet 2018 modifiant l'arrêté du 13 avril 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Corse

NOR : *SSAZ1830440A*

La ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles D. 1432-15 à D. 1432-17 ;

Vu le décret n° 2014-658 du 23 juin 2014 relatif aux conseils de surveillance des agences régionales de santé, notamment son article 1er ;

Vu le décret n° 2017-1787 du 27 décembre 2017 portant adaptation du code de la santé publique à la création de la collectivité de Corse ;

Vu l'arrêté du 13 avril 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Corse, modifié en dernier lieu par l'arrêté du 20 mars 2018,

Arrête :

Article 1er

Est nommée membre du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Corse :

1° *Au titre du I-1° a de l'article D. 1432-15*

Mme Julie BENETTI, rectrice, en remplacement de M. Philippe LACOMBE.

Article 2

La secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 4 juillet 2018.

Pour la ministre et par délégation :
La secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales,
Sabine Fourcade

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 12 juillet 2018 modifiant l'arrêté du 19 octobre 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence de santé de l'océan Indien

NOR : *SSAZ1830451A*

La ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1432-11 et D. 1432-15 à D. 1432-17 ;

Vu le décret n° 2014-658 du 23 juin 2014 relatif aux conseils de surveillance des agences régionales de santé, notamment son article 1er ;

Vu l'arrêté du 19 octobre 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence de santé de l'océan Indien, modifié en dernier lieu par l'arrêté du 26 avril 2018,

Arrête :

Article 1er

Sont nommés membres du conseil de surveillance de l'agence de santé de l'océan Indien :

1° Membres des conseils ou conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie :

a) Au titre du I-2°, *a*, de l'article D. 1443-36

M. Jean-Paul PAQUIRY, titulaire ; M. Jean-Alfred BLAIN, suppléant pour la Confédération générale du travail-Force ouvrière.

Mme Corine PEYROUSET, titulaire ; M. Vincent DANDREL, suppléant pour la Confédération française démocratique du travail.

b) Au titre du I-2°, *b*, de l'article D. 1443-36

M. Laurent BLERIOT, titulaire.

Mme Frédérique LEBIET, suppléante pour le Mouvement des entreprises de France.

M. Stéphane TARDIF, titulaire pour la Confédération générale des petites et moyennes entreprises.

Article 2

La secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 12 juillet 2018.

Pour la ministre et par délégation :
La secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales,
Sabine Fourcade

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

HAS
Haute Autorité de santé

Décision nº 2018.0163/DP/SG du 1er juin 2018 portant délégation de signature (service achats, budget et finances)

NOR : *HASX1830433S*

La présidente de la Haute Autorité de santé,

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

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

Vu la décision nº 2009.03.007/DAGRI du collège de la Haute Autorité de santé en date du 18 mars 2009 relative à la détermination des conditions générales de passation des contrats, conventions et marchés,

Décide :

Article 1er

Délégation permanente est donnée à Mme Sylvie Patie, chef du service achats, budget et finances, à l'effet de signer, au nom de la présidente de la Haute Autorité de santé, tout acte lié aux frais de mission et de déplacement, dans la limite d'un montant maximum de 19 999 euros hors taxes par engagement.

Article 2

La présente décision prend effet le 1er juin 2018 et sera publiée sur le site Internet de la Haute Autorité de santé ainsi qu'au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 1er juin 2018.

La présidente de la Haute Autorité de santé,
Pr Dominique Le Guludec

ACCEPTATION DE LA DÉLÉGATION :
Sylvie Patie

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

ASIP
Agence française de la santé numérique

Décision nº 2018-06 du 26 juin 2018 de la direction du groupement d'intérêt public Agence nationale des systèmes d'information partagés de santé portant délégation de signature

NOR : *SSAX1830432S*

La directrice par intérim de l'Agence nationale des systèmes d'information partagés de santé,

Vu le code de la santé publique, et notamment son article L. 1111-24 ;

Vu la loi nº 2011-525 du 17 mai 2011 modifiée de simplification et d'amélioration de la qualité du droit (chapitre II : dispositions relatives au statut des groupements d'intérêt public) ;

Vu le décret nº 2012-91 du 26 janvier 2012 relatif aux groupements d'intérêt public ;

Vu l'arrêté du 16 juin 2008 portant réglementation sur les marchés des organismes de sécurité sociale ;

Vu l'arrêté ministériel du 8 septembre 2009 portant approbation de la convention constitutive du groupement d'intérêt public « Agence nationale des systèmes d'information partagés » (ASIP Santé), dont les modifications ont été approuvées en dernier lieu par l'arrêté du 18 septembre 2013 ;

Vu l'arrêté du 23 mars 2012 pris en application de l'article 3 du décret nº 2012-91 du 26 janvier 2012 relatif aux groupements d'intérêt public ;

Vu la convention constitutive du GIP ASIP Santé, notamment son article 12 ;

Vu la résolution nº 2018-188 du 20 juin 2018 portant nomination de la directrice par intérim de l'ASIP Santé, Pascale SAUVAGE ;

Vu la note de service du 23 octobre 2017 portant adaptation de l'organisation de l'ASIP Santé et le courrier du 14 mars 2018, indiquant que Mme Claudine ROUSSEL exerce les fonctions de directeur du service finances au sein du GIP ASIP Santé, M. Clément MONCHICOURT exerce les fonctions de directeur des ressources humaines au sein du GIP ASIP Santé, Mme Florence EON exerce les fonctions de directeur du service juridique au sein du GIP ASIP Santé, M. Jean-François exerce les fonctions de directeur de pôle au sein du GIP ASIP Santé ;

Vu l'avenant à effet du 1er avril 2012 au contrat de travail à durée indéterminée de droit privé signé le 18 janvier 2010 de Mme Claudine ROUSSEL ;

Vu le contrat de travail à durée indéterminée de droit privé signé le 25 avril 2018 de M. Franck-Olivier HOFLACK ;

Vu l'avenant à effet du 1er juin 2016 au contrat de travail à durée indeterminée de droit privé signé le 27 février 2015 de M. Jérôme BROSSIER ;

Vu l'avenant à effet du 1er avril 2015 au contrat de travail à durée indéterminée de droit privé signé le 26 octobre 2010 de M. Clément MONCHICOURT ;

Vu l'avenant à effet du 1er octobre 2014 au contrat de travail à durée indéterminée de droit privé signé le 31 janvier 2011 de Mme Florence EON ;

Vu le contrat de travail à durée indéterminée de droit privé signé le 27 juillet 2010 de M. Jean-François PARGUET,

Article 1er

Délégation est donnée à Mme Claudine ROUSSEL pour signer :

– les bons de commande dont le montant est inférieur à 144 k€ (HT) portant sur les charges de gestion courante, d'investissements courants et de formation ;
– les demandes de paiement et les titres de recette ;
– les ordres de mission et les notes de frais pour les missions effectuées en France métropolitaine.

En cas d'absence ou d'empêchement de Mme Claudine ROUSSEL, délégation est donnée dans les mêmes conditions à M. Franck-Olivier HOFLACK.

Article 2

Délégation est donnée à Jérôme BROSSIER pour signer les bons de commande dont le montant est inférieur à 144 000 k€ (HT).

Article 3

Délégation est donnée à M. Clément MONCHICOURT pour signer tous les actes liés à la gestion des ressources humaines, à l'exception des actes suivants :

– autorisation de recrutement (ouverture de poste) ;
– autorisation de recourir à un(e) stagiaire ;
– lettre d'engagement (promesse d'embauche) ;
– actes et documents liés à la fonction de présidence du comité d'entreprise (CE) ;
– notification de sanction disciplinaire ;
– notification de licenciement ;
– rupture conventionnelle ;
– protocole transactionnel.

Article 4

Délégation est donnée à Mme Florence EON pour signer toutes les décisions ou tous les actes relatifs à la commande publique, à l'exception :

– des marchés de fournitures et services d'un montant supérieur ou égal à 144 000 € (HT) ;
– des bons de commande.

Tous les actes et documents, quelle qu'en soit la nature, relatifs aux procédures d'hébergement de données de santé visée à l'article L. 1111-8 du code de la santé dans le cadre des missions de l'ASIP Santé, les décisions relatives aux demandes d'accès au répertoire partagé des professionnels de santé, la correspondance courante et les conventions conclues à titre gratuit.

Article 5

Délégation est donnée à M. Jean-François PARGUET pour signer la correspondance courante, et les conventions, à titre gratuit, relatives à la commande et la gestion des produits de certification.

Article 6

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

Fait le 26 juin 2018.

La directrice par intérim,
PASCALE SAUVAGE

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

HAS
Haute Autorité de santé

Décision nº 2018.0091/DC/DiQASM du 27 juin 2018 du collège de la Haute Autorité de santé portant création du comité de concertation pour la qualité et l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux

NOR : *HASX1830437S*

Le collège de la Haute Autorité de santé ayant valablement délibéré en sa séance du 27 juin 2018,
Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment l'article L. 312-8 ;
Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 161-37 ;
Vu le règlement intérieur du collège,

Décide :

Article 1er

Il est créé un comité de concertation pour la qualité et l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Article 1.1

Missions

À la demande du président de la commission de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux ou du collège de la HAS, le comité de concertation est consulté sur :

- les projets de procédures, références et recommandations de bonnes pratiques dans les domaines social et médico-social ;
- toute question portant sur l'évaluation des activités et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux relevant du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Article 1.2

Composition

Le comité de concertation est composé des membres suivants, qui désignent chacun un représentant :

- la direction générale de la cohésion sociale ;
- la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ;
- la direction générale de l'enseignement scolaire ;
- la direction de la protection judiciaire de la jeunesse ;
- l'Association des régions de France ;
- l'Association des départements de France ;
- la Caisse nationale d'allocations familiales ;
- la Caisse nationale d'assurance vieillesse ;
- la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;
- la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole ;
- le Haut Conseil du travail social ;
- l'association France Terre d'asile ;
- la Fédération nationale des associations d'entraide des personnes accueillies à la protection de l'enfance ;
- le réseau associatif – Générations mouvement « Les Aînés ruraux » ;

– l'association France alzheimer ;
– la Fédération française sésame autisme ;
– l'association Autisme France ;
– l'Association des paralysés de France ;
– l'association Secours populaire français ;
– l'association Secours catholique ;
– l'Union nationale des associations familiales ;
– l'association ATD quart-monde ;
– l'Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques ;
– l'association Trisomie 21 ;
– la Fédération nationale des patients en psychiatrie ;
– la Fédération des aveugles et amblyopes de France ;
– la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;
– la mission des services à la personne ;
– l'Observatoire national de la protection de l'enfance ;
– l'Union nationale des associations de formation et de recherche en intervention sociale ;
– la Fédération addiction ;
– le groupe SOS ;
– la Fédération française des services à la personne et de proximité ;
– la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs ;
– la Fédération hospitalière de France ;
– la Fédération des acteurs de la solidarité ;
– le Syndicat national des établissements et résidences privés pour les personnes âgées ;
– l'Union nationale des associations de parents de personnes handicapées mentales et de leurs amis ;
– la Convention nationale des associations de protection de l'enfant ;
– l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles ;
– l'Union nationale des centres communaux d'action sociale ;
– l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux ;
– le Groupe national des établissements publics sociaux et médico-sociaux ;
– l'Association nationale des centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptée ;
– la Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées ;
– l'Union nationale des associations de service à domicile en milieu rural ;
– l'association des ITEP et de leurs réseaux ;
– le réseau Générations mutualistes ;
– l'organisation professionnelle des employeurs associatifs du secteur social, médico-social et sanitaire – Nexem ;
– la Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en EHPAD ;
– l'Association de directeurs, cadres de direction du secteur social, médico-social et sanitaire ;
– le Groupement national des directeurs généraux d'associations du secteur éducatif, social et médico-social ;
– l'Association nationale des directeurs et cadres des ESAT ;
– la Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées ;
– l'Association des directeurs au service des personnes âgées ;
– l'Association des directeurs d'établissements sanitaires et sociaux, sociaux et médico-sociaux ;
– l'Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des départements.

Article 1.3

Fonctionnement

Article 1.3.1

Présidence

La présidence des réunions du comité de concertation est assurée par le président ou un des vice-présidents de la commission de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Article 1.3.2

Secrétariat

Le secrétariat du comité de concertation est assuré par la direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social de la Haute Autorité de santé.

Article 1.3.3

Réunions

Le comité de concertation se réunit au minimum deux fois par an.

Article 2

La décision n° 2018.0088/DC/DiQASM du 20 juin 2018 du collège de la Haute Autorité de santé est annulée.

Article 3

La directrice générale de la Haute Autorité de santé est chargée de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et au *Bulletin officiel* de la Haute Autorité de santé.

Fait le 27 juin 2018.

Pour le collège :
La présidente,
Pr Dominique Le Guludec

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

HAS
Haute Autorité de santé

Décision nº 2018.0092/DC/DiQASM du 27 juin 2018 du collège de la Haute Autorité de santé portant nomination des membres de la commission de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

NOR : *HASX1830438S*

Le collège de la Haute Autorité de santé ayant valablement délibéré en sa séance du 27 juin 2018,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment les articles L. 312-8, L. 312-1 et R. 312-207 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 161-37 ;

Vu le décret nº 2018-46 du 11 juin 2018 relatif à la commission mentionnée à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles ;

Vu les déclarations d'intérêts transmises par les candidats,

Décide :

Article 1er

Sont nommés membres titulaires ayant voix délibérative de la commission de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, pour une durée de trois ans :

En raison de leurs compétences scientifiques ou techniques

Mme BRALET Marie-Cécile.
Mme CAPELIER Flore.
Mme CARON-DEGLISE Anne.
Mme DAREYE Apolline.
M. DUMONT Arnaud.
Mme GARDIEN Eve.
Mme GILLOT Dominique.
M. JAEGER Marcel.
M. JEANDEL Claude.
Mme JOVIN Alicia.
Mme LAPORTE Virginie.
Mme MARCEAU Ludivine.
Mme MARTIN-BLACHAIS Marie-Paule.
M. PETITMENGIN Etienne.
Mme POGU Claude.
Mme RECORDON-GABORIAUD Séverine.
M. SALETTE Patrick.
M. THELLIER Maxime.
M. VOLKMAR Claude.

En qualité d'adhérents d'associations d'usagers

Mme BARLET Anne-Laure.
Mme GEOFFROY Marie.
Mme LE FLOCH Carole.
M. SACCOL Thibaud.

Article 2

Sont nommés membres suppléants ayant voix consultative de la commission de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, pour une durée de trois ans :

1. Mme BESSEAU Marina.
2. M. COUDRE Jean-Pierre.
3. M. GZIL Fabrice.
4. Mme LAGANIER Juliette.
5. M. POT Etienne.
6. Mme RUDLOFF Fabienne.

En qualité de suppléants des membres titulaires choisis parmi les adhérents d'associations d'usagers :

1. M. FISCHER Robert.
2. M. YVON Tristan.

Article 3

La décision nº 2018.0090/DC/DiQASM du 20 juin 2018 du collège de la Haute Autorité de santé est annulée.

Article 4

La directrice générale de la Haute Autorité de santé est chargée de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et au *Bulletin officiel* de la Haute Autorité de santé.

Fait le 27 juin 2018.

Pour le collège :
La présidente,
Pr Dominique Le Guludec

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

HAS
Haute Autorité de santé

Liste des organismes habilités pour l'évaluation des établissements et services visés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, en application des dispositions des articles L. 312-8 et D. 312-201 du code de l'action sociale et des familles actualisée par décision n° 2018.018/DC/DiQASM du 18 juillet 2018 du collège de la Haute Autorité de santé

NOR : *HASX1830454K*

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES			
01-AIN			
ARCHES PERFORMANCE	H2016-05-1825	31 rue des Cavets - Les Combes 01250 JASSERON	513432120
FAURE CELINE sous la dénomination "AKAVIE"	H2017-10-1930	501 rue du Vieux Port 01300 BREGNIER CORDON	801788001
FIFIS-BATTARD Véronique sous la dénomination "OPTIM Consult"	H2011-03-678	115 allée des Acacias 01250 MONTAGNAT	529214793
03-ALLIER			
GECAC	H2010-07-505	21 rue de la Peille 03410 PREMILHAT	400997045
PASSAGNE Alain sous la dénomination "A.P.Consulting"	H2014-10-1577	139 avenue du Général de Gaulle 03100 MONTLUCON	478861123
THERAIN-MORAND Valérie sous la dénomination "FMVT Conseils"	H2014-03-1449	2 rue de la Croix des Vignes 03450 EBREUIL	798813887
VILTAÏS	H2014-05-1456	Avenue du Professeur Etienne Sorrel 03000 MOULINS	407521798
07-ARDECHE			
CONFORMANCE	H2015-10-1771	10 Avenue du 8 Mai 1945 07300 TOURNON SUR RHONE	800246605
OUZAZNA Alain sous la dénomination "Ardéche-Ingéniérie-Sociale (AIS)"	H2014-03-1423	Quartier Mézanton 07170 LUSSAS	798530804
SARL VR Organisation et Management - DIOTIMA	H2016-03-1804	Le Village 07340 Saint Jacques d'Atticieux	503785388
15-CANTAL			
BENMECHERNENE Christine sous la dénomination "NORMAREGLA CONSEIL"	H2016-05-1822	31 rue du Collège 15000 AURILLAC	788928497
BONNET Michel sous la dénomination "C.I.A.G. - Centre d'Ingénierie et d'Animation en Gérontologie"	H2009-11-215	13 place du Champ de Foire 15000 AURILLAC	488918988
GINER Sandrine sous la dénomination "STRATEVIA Consultant"	H2014-03-1435	14 avenue du Garric 15000 AURILLAC	439593328
HERBAUT PATRICK	H2016-12-1867	LOGEMENT DE FONCTION LIEU DIT VOLZAC 15100 SAINT FLOUR	821848686
RIVALDI Lydie sous la dénomination "Qualité Santé 15"	H2012-12-1056	14 rue des Morelles Careizac 15130 YTRAC	753584382
26-DROME			
A.A.P.R.A.S	H2011-07-755	115 Chemin du Moulin 26160 Le POËT-LAVAL	530749290
ACTION CONSEIL SANTE sous la dénomination "Audélia Conseil"	H2018-08-1988	1 allée Louis Lachenal 26000 VALENCE	791584428

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
ASTIC Marie-France sous la dénomination "ASTIC-CONSEIL"	H2012-03-935	5 rue Nugues 26100 ROMANS SUR ISERE	422029074
ATMP DE LA DROME - AEVAL Conseil	H2017-03-1874	8 rue Jean Jaurès 26000 VALENCE	354004087
Caducée Vecteur de Performance	H2017-05-1903	1 rue Elie Chabert 26300 CHATUZANGE LE GOUBET	753053354
CARANNANTE Salvatore sous la dénomination "ISOCEL - QUALITÉ"	H2009-11-243	11 Val Chantesse 26260 SAINT-DONAT-SUR-L'HERBASSE	388726911
CIDEES	H2009-11-235	LE CHRYSVAL BP 15317 - ALIXAN 26958 VALENCE 9	451700447
DEVIS Philippe	H2017-07-1922	7 bis impasse Jeanne d'Arc 26100 ROMANS SUR ISERE	510334881
EVAL'PRO PLUS	H2011-07-737	25 Rue Des ReYmonds 26220 DIEULEFIT	529634487
GARDE Michel sous la dénomination "MG-CC"	H2011-03-677	13 chemin du Jabron 26200 MONTELIMAR	511733925
GREMILLET Pascal	H2009-11-248	9 Impasse Brandino Rossetti 26270 LORIOL SUR DROME	512600123
ITERATIVE	H2016-07-1845	120 impasse Fontetu 26600 CHANTEMERLE LES BLES	751632605
QUALITE ET PRATIQUES PROFESSIONNLLES	H2011-07-736	2 Impasse des Luts C/o Mr Baillon J.Y. 26750 CHATILLON ST JEAN	507739795
RHIZOME	H2009-07-022	Les Vignes 26400 PIEGROS LA CLASTRE	393446646
SAEFE	H2015-12-1786	5 rue Erik SATIE 26200 MONTELIMAR	790024269
SANTOS CHRISTOPHE sous la dénomination "ACEA CONSULT"	H2018-08-1981	40 rue des Alpes 26000 VALENCE	838223873
SARL PARTULA CONSULTANTS	H2012-10-1033	"Le Rémy" 13 rue d'Athènes 26000 VALENCE	538681735
SOLSTICE	H2014-03-1446	Ronde des alisiers, Ecosite 26400 EURRE	438279382
TREFFOT Pascal sous la dénomination "TREFFOT Conseil"	H2009-11-199	8 route de Sainte Euphémie 26240 ST UZE	392029757
38-ISERE			
ALISIOS	H2009-11-309	10 allée de la Louvatière 38440 SAINT JEAN DE BOURNAY	417783677
AROBASE FORMATION	H2009-07-048	34 avenue de l'Europe Immeuble Le Trident Batiment D 38100 GRENOBLE	451876916
ATIS Phalène	H2009-11-148	4 avenue Doyen Louis Weil 38000 GRENOBLE	382330827
AUDITEURS & CONSEILS ASSOCIES RHONE ALPES	H2010-07-497	3 chemin du Vieux Chêne 38240 MEYLAN	399194208
BALDOS Jean-Louis	H2015-07-1740	102 avenue Jean-Jaures 38320 EYBENS	317702561
BURLET Delphine	H2012-12-1094	Les Gaudes La Diat 38380 ST PIERRE DE CHARTREUSE	752918078
CABINET CRESS	H2009-11-327	25 boulevard Clémenceau 38100 GRENOBLE	489420471
CABINET LATITUDE SANTE	H2010-07-464	6 place Boyrivent 38460 TREPT	520546722
CANDIAGO Philippe	H2015-10-1767	61 impasse des Abeilles 38410 VAULNAVEYS LE HAUT	527668909

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
CARREFOUR DES COMPETENCES	H2013-10-1295	27 rue Pierre Sémard 38000 GRENOBLE	490124542
Convenance Consult	H2013-07-1202	480 chemin du Grand Envelump 38730 CHELIEU	791210719
COULON CEVOZ Christine	H2014-07-1516	231 chemin du Creusat Chapèze 38300 ST SAVIN	524449998
CQAFD	H2012-12-1102	3 place du 23 Août 38300 BOURGOIN-JALLIEU	445272545
EQM - European Quality Management	H2009-11-273	16 rue Irène Joliot Curie 38320 EYBENS	351428628
EVALISS	H2018-08-1982	31 rue du Général Mangin 38100 GRENOBLE	838234185
GALLOTTI Denis sous la dénomination "Coaching et ressources humaines"	H2015-03-1687	6 place Pasteur 38950 ST MARTIN LE VINOUX	795178763
HAVARD Paul-Xavier	H2015-03-1693	745 route du Roulet 38620 ST GEOIRE EN VALDAINE	534975149
IDH SANTE SOCIAL	H2010-12-626	28 chemin de Champagneux 38300 BOURGOIN-JALLIEU	524809449
MATTIOTTI Patrick sous la dénomination "CAIRN CONSEIL"	H2009-11-306	60 rue du Gambaud 38230 TIGNIEU-JAMEYZIEU	504737974
MERCIER PASCAL sous la dénomination "Education Inclusive Consultant - EIC"	H2017-05-1894	9 Rue Cuvier 38000 GRENOBLE	824881338
ORANTIS	H2009-11-254	rue Saint-Giraud 38710 MENS	451300982
OXEO	H2016-07-1841	500 Chemin du Devey 38690 OYEU	797738317
STIEVENARD Henri sous la dénomination "FACQ SMS"	H2010-03-416	Les Coings 38210 MONTAUD	480276187
UNA ISERE	H2015-10-1758	Le Stratège 17 avenue Salvador Allende 38130 ECHIROLLES	491869731
VAIRET Christian sous la dénomination "CQFD"	H2012-12-1068	299 Route du Souillet 38500 VOIRON	401278544
VARAP Développement - VARAP SCOP	H2009-07-036	4 rue Lafayette 38000 GRENOBLE	392734976
42-LOIRE			
ALLIROL Eliane sous la dénomination "ADEQUATE"	H2015-05-1727	Impasse de l'Ondenon 42150 LA RICAMARIE	809155039
ARCON Maison d'accueil et Loisirs	H2012-03-914	1 bis rue Mulsant 42300 ROANNE	422637546
ARJYL ASSISTANCE	H2010-03-378	9 boulevard de la Rochette 42700 FIRMINY	494001357
AUGEO SYNERGIE	H2013-03-1152	120 chemin de Goutte-Fougère 42110 CIVENS	752419986
Cépée Consultant	H2013-07-1170	74 route d'Ambierle 42370 ST HAON LE VIEUX	792602823
CONSEIL FORMATION ET STRATEGIE DES CLINIQUES	H2012-10-1030	79 avenue Albert Raimond 42270 ST PRIEST EN JAREZ	441496999
FOUCHEYRAND Patricia sous la dénomination "ACTI Conseils"	H2014-07-1526	19 allée des Pépinières 42240 SAINT PAUL EN CORNILLON	797599636
LABROSSE Ludovic sous la dénomination "QUALITE SANTE ACCOMPAGNEMENT ET FORMATION"	H2012-07-968	25 boulevard des Belges 42120 LE COTEAU	538454638
MM2C	H2009-07-078	14 place des Grenadiers 42000 ST ETIENNE	383429891
SAS EVAL+	H2013-03-1158	18 rue de l'Avenir 42270 ST PRIEST EN JAREZ	789727690

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
43-HAUTE-LOIRE			
PORTAL-BAPTISTE Patricia	H2014-07-1513	9 rue du Pré de Mié 43270 ALLEGRE	800496978
VIGOT Chantal sous la dénomination "FORMATION SANTE"	H2012-12-1061	2 impasse des Alouettes 43700 ST GERMAIN LAPRADE	512537523
63-PUY-DE-DOME			
BAROT CONSEIL	H2015-03-1675	2 bis rue de Serbie 63000 CLERMONT FERRAND	808274591
BORNET Maurice sous la dénomination "EVAL 63"	H2012-07-996	Les Meradoux 63160 EGLISENEUVE PRES BILLOM	538220815
CABINET DSI	H2012-03-920	7 rue de la Rivière 63118 CEBAZAT	338303068
CROUZOULON Rémy sous la dénomination "CABINET RCC"	H2016-03-1792	27 avenue Philippe Dufour 63300 THIERS	451417943
Enquête de Sens - EdS conseil	H2016-03-1816	62 avenue Edouard Michelin 63000 CLERMONT FERRAND	511323164
FERAUD-HÀ-PHAM Samuel sous la dénomination "ZED évaluation"	H2016-03-1798	32 avenue de la Gare 63300 THIERS	518923982
FOUROT-BAUZON Olivier	H2013-03-1123	2 avenue du Général Gouraud 63150 LA BOURBOULE	753544709
FTEC - FRANCK TAVERT EVALUATION ET COOPERATION	H2010-12-615	302 rue des Coteaux Longues 63270 VIC-LE-COMTE	527477939
GUERARD Catherine sous la dénomination "CABINET GUERARD CONSEIL"	H2009-11-170	62 avenue Edouard Michelin 63100 CLERMONT FERRAND	380025726
HB CONSEIL	H2016-12-1860	50, avenue Julien 63000 CLERMONT-FERRAND	822575239
Part'âge A Dom	H2017-07-1915	21 rue Newton 63100 CLERMONT FERRAND	809767056
69-RHONE			
ABAQ CONSEIL EN MANAGEMENT	H2009-07-049	1 allée Alban Vistel 69110 STE FOY LES LYON	403419930
ACCEPT CONSULTANT	H2010-03-413	14 rue des Farges 69005 LYON	338113913
ACCOLADES	H2010-10-541	10 avenue des Canuts (Comptoir ETIC) Immeuble Woopa 69120 VAULX EN VELIN	512311184
ALGOE	H2017-05-1900	9 bis, Route de Champagne CS 60208 69134 ECULLY CEDEX	352885925
APHILIA Conseil	H2017-03-1879	23 bis, rue du 11 Novembre 1918 69540 IRIGNY	822566295
ARFEGE	H2014-12-1638	15 rue Tronchet 69006 LYON	378324479
ASSOCIATION STEPS CONSULTING SOCIAL	H2011-07-776	1745 Route du Pont des Soupirs 69380 CHARNAY	532360518
AUDICEE CONSEIL	H2012-07-987	5 rue de Verville 69670 VAUGNERAY	403237779
AUXIME	H2010-03-375	9 Quai Jean Moulin 69001 LYON	404328510
BEFFEYTE Florence sous la dénomination "KALETIK CONSEIL"	H2016-10-1847	2 bis rue Louis Bouquet 69009 LYON	808142004
BLANCHOT Virginie sous la dénomination "INTERACTION Médico-social"	H2014-07-1508	47 avenue Valioud Bât. Le Grépon 69110 SAINTE FOY LES LYON	395306459

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
BOUCHARD Pierrette sous la dénomination "APIMS accompagnement du projet institutionnel médicosocial"	H2015-03-1694	109 avenue Foch 69110 STE FOY LES LYON	420027211
CABINET KHEOPS CONSULTING	H2009-07-027	72 cours Charlemagne 69002 LYON	444104491
CONFORMACTIONS	H2009-11-153	302 rue Garibaldi 69007 LYON 7EME ARRONDISSEMENT	504839432
DAMOUR Marie-Sabine sous la dénomination "AMIXI CONSEIL - associé APIMS"	H2015-03-1691	46 place Andrée Marie Perrin 69290 CRAPONNE	512034042
DARWICHE Habib	H2013-12-1362	24 rue Jacques Reynaud 69800 ST PRIEST	535237135
DNV GL - Business Assurance France - DET NORSKE VERITAS BUSINESS ASSURANCE France	H2012-07-1007	1 allée du Lazio - ZI Champ Dolin Parc Technoland 69800 SAINT PRIEST	327326914
DOC 2 SANTÉ	H2009-11-127	1 cours Albert Thomas 69003 LYON	500509351
DUPERRAY Jean-Jacques	H2012-07-962	11 quai Armand Barbes 69250 NEUVILLE SUR SAONE	528673411
ELANTIEL	H2012-07-960	11 avenue de la République - Bât C 69200 VENISSIEUX	493085989
ELP2-EGC SANTE SOCIAL	H2011-12-897	218 rue de Charriolle 69360 SOLAIZE	484803416
ELYCOOP	H2014-03-1399	26 rue Emile Decorps 69100 VILLEURBANNE	429851637
EVA2C L'équation sociale	H2011-07-795	33 chemin de Crecy 69370 SAINT DIDIER AU MONT D'OR	530200518
FMH	H2018-05-1959	36 route des collonges 69630 CHAPONOST	810670166
GASSAB Karim sous la dénomination "GK Conseil"	H2015-05-1728	36 bis rue des Vallières 69390 VOURLES	411588619
GERONTO-SERVICES	H2009-07-065	7 chemin du Gareizin BP 32 69340 FRANCHEVILLE	510966997
GRIEPS - Groupe de recherche et d'intervention pour l'éducation permanente des professions sanitaires et sociales	H2009-07-016	58/60 avenue Leclerc BAT 64 69007 LYON	414862672
Groupe Recherche Action - GRAC	H2014-03-1396	11 allée des Marronniers 69120 VAULX EN VELIN	794136994
GUINET François	H2013-12-1357	23 rue Valentin Couturier 69004 LYON	401699723
ID&ES	H2011-10-812	46/48 chemin de la Bruyère – Innovalia - Bât A 69570 DARDILLY	533398491
INGENIORS	H2011-03-709	27 rue Songieu 69100 VILLEURBANNE	389792383
INSTITUT SAINT LAURENT	H2012-07-985	41 Chemin du Chancelier 69130 ECULLY	779883479
ISSARTELLE Patrick sous la dénomination "Patrick ISSARTELLE Conseil en Organisation"	H2014-05-1482	85 rue du 1er mars 1943 69100 VILLEURBANNE	799214135
ITINERE CONSEIL	H2012-03-917	34 rue Jean Broquin 69006 LYON	532521242
JAUD-PEDUZZI Caroline sous la dénomination "CJP CONSEIL"	H2010-07-455	7 rue saint Hippolyte 69008 LYON	520297540
JLO CONSEIL	H2011-10-853	598 boulevard Albert Camus 69400 VILLEFRANCHE-SUR-SAONE	483199576

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
K2MANAGERS	H2016-03-1805	90 avenue Lanessan 69410 CHAMPAGNE AU MONT D OR	490917150
LAUS Patricia	H2013-03-1129	75 chemin des Carrières Sud 69480 POMMIERS	415288414
LEGIO	H2016-12-1862	12 rue Germain 69006 LYON	810353318
M E T O D	H2010-03-408	61 cours de la Liberté 69003 LYON	323086892
MémO Ressources et Participation - MémO	H2017-03-1880	9 rue Edouard Millaud 69004 LYON	824207070
Michel ALLARD Consultants - EXOTEAM	H2014-03-1406	27 avenue Paul Santy 69130 ECULLY	442895330
MISSANA Sylvie	H2014-05-1473	64 rue Biolay 69620 LE BOIS D OINGT	481709087
Néorizons	H2016-03-1809	10 bis rue de l'Abbaye d'Ainay 69002 LYON	814055513
NOERGIE	H2011-03-705	59 rue Duquesne, Immeuble Amplus 69006 LYON	524589983
NOVABILIS	H2010-10-540	12 bis rue de l'Orangerie 69300 CALUIRE-ET-CUIRE	423079615
OLLIER Christophe	H2014-03-1421	13 rue Gigodot 69004 LYON	753778125
OMNIDOM	H2017-03-1890	166 rue Vendôme 69003 LYON	808405039
OPTEAMIZ	H2010-07-474	70 RUE SAINT PIERRE DE VAISE 69009 LYON	500832605
ORGAPROGRESS - PPCM	H2018-05-1972	123 Route de Genève 69140 RILLIEUX-LA-PAPE	448367961
QUALA	H2014-07-1552	78 A rue de Fontanieres 69100 VILLEURBANNE	535397905
QUALIS	H2017-05-1905	20 rue de la Villette Immeuble "Le Bonnel" 69003 LYON	821204138
RECRUTCARE FORMACARE -RECRUTCARE FORMACARE QUALICARE	H2013-10-1318	5 place Charles Béraudier 69428 LYON 3	752445585
SAFOR	H2012-10-1038	Le Bois des Côtes Bât A - 3eme étage 300 Route Nationale 6 69760 LIMONEST	408953164
SEDETIAM CONSEIL	H2015-03-1680	La cordée 61 cours de la liberté 69003 LYON	808660492
Sens et Action	H2013-07-1185	45 rue d'Alma 69400 VILLEFRANCHE SUR SAONE	518589361
SOFOE SANTE SOCIAL	H2014-10-1592	7 rue Neuve 69270 ST ROMAIN AU MONT D OR	491503827
UNA RHONE	H2013-12-1354	9 rue du Commandant Ayasse 69007 LYON	387760754
URHAJ Rhône-Alpes	H2013-07-1205	245 rue Duguesclin 69003 LYON	318288644
YUMI CONSULTING	H2013-10-1289	132 C rue de la République 69120 VAULX EN VELIN	791094030
YUMI TECHNOLOGY	H2012-12-1052	132 C rue de la République 69120 VAULX EN VELIN	447620014
73-SAVOIE			
DENIS Pauline sous la dénomination "ESSMS Conseil"	H2012-12-1086	280 avenue du Comte Vert 73000 CHAMBERY	751809013

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
DOXAPLUS	H2009-11-290	180 rue du Genevois Parc d'activités de Côte Rousse 73000 CHAMBERY	440853679
ORG INTEGRA	H2009-11-151	8 rue François Dumas 73800 MONTMELIAN	512379314
PRONORM	H2009-11-119	1055 chemin des Monts 73000 CHAMBERY	423315936
RH ET PERFORMANCE	H2014-10-1617	Le Touvet 73800 STE HELENE DU LAC	533869350
74-HAUTE-SAVOIE			
KEWALE	H2011-10-826	27 Chemin des morilles SEYNOD 74600 ANNECY	529141004
LEMITRE Patrick	H2014-10-1576	7 avenue d'Albigny 74000 ANNECY	803229996
OXALIS SCOP	H2013-07-1171	9 bis rue du Vieux Moulin 74960 MEYTHET	410829477
SOCRATES	H2010-10-583	14 rue du Pré Paillard Parc d'activité des Glaisins 74940 ANNECY LE VIEUX	451389928
BOURGOGNE - FRANCHE-COMTE			
21-COTE-D'OR			
AGED - ACTION GENERATIONS DRH	H2009-11-140	47 rue Hoche 21000 DIJON	512164260
CO-AGIR	H2009-07-025	13 rue Sainte-Anne 21000 DIJON	397811852
IRTESS	H2012-10-1023	2 rue Professeur Marion 21000 DIJON	410475081
KIWO	H2009-11-126	8 rue Jean Baptiste Gambut 21200 BEAUNE	434009973
MSE FORMATIONS	H2010-10-532	28 rue des Ecayennes 21000 DIJON	484606769
ORILYS	H2013-10-1303	67 avenue Victor Hugo 21000 DIJON	791594690
PORTE PLUME	H2013-10-1298	62 rue du Faubourg Madeleine 21200 BEAUNE	432332286
ROBIN Emmanuelle sous la dénomination "EMA Conseil Qualité"	H2013-10-1251	7 rue Raoul de Juigné 21000 DIJON	792824625
TOMASELLI Jocelyne	H2017-03-1877	5 rue de la Toison 21240 TALANT	790709323
25-DOUBS			
A.I.R. - Association Information Recherche	H2009-11-347	6 b boulevard Diderot 25000 BESANCON	338138597
ALBATRE	H2013-10-1304	40 rue Francis Clerc 25000 BESANCON	509115044
ARTS / IRTS Franche-Comté	H2010-12-647	1 rue Alfred de Vigny 2107 25051 BESANCON	349432443
Cabinet Conseil Martial Dardelin- CCMD	H2014-05-1470	Immeuble Le Master's Espace Valentin 27 rue de Chatillon 25480 ECOLE VALENTIN	794402578
CAP Entreprise	H2014-07-1553	5A rue Parguez 25000 BESANCON	801893579

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
FAVEAU Martine sous la dénomination "ARHQUA Conseil et formation"	H2009-11-225	42C rue Mirabeau 25000 BESANCON	400036844
IRDESS	H2009-07-100	21 rue Mermoz 25000 BESANCON	440267987
JACOB Anne sous la dénomination "AJC & F, ANNE JACOB CONSEIL ET FORMATION"	H2012-10-1035	16 rue Résal 25000 BESANCON	350204046
LMCF	H2009-07-086	16 rue des Grapillottes 25870 CHATILLON LE DUC	499868263
OPTA-S	H2009-11-284	14 B rue Lafayette 25000 BESANCON	482883923
SANCHEZ Fabien sous la dénomination "TRANSVERSALITES Conseil Formation Recherche"	H2010-12-587	7 rue Chifflet 25000 BESANCON	511046021
39-JURA			
BAELEN-DELHAYE Thérèse sous la dénomination "I=mc2 - Thérèse BAELEN Consultants"	H2009-11-176	10 route de Gouailles 39110 SALINS LES BAINS	424781920
CAMARA MAIMOUNA sous la dénomination "SOCIOPRAXIS"	H2017-07-1921	12 Place Precipiano 39100 DOLE	802663351
ML'AUDIT	H2013-07-1176	15 rue de l'Ecole 39100 DOLE	791827470
ZANETTI Damien sous la dénomination "Damien ZANETTI CONSULTANT - DZ CONSULTANT"	H2013-10-1262	12 rue de la Boutière 39100 CRISSEY	517835195
58-NIEVRE			
J.B.F.	H2009-07-060	Le Bourg 58170 FLETY	501500581
SIMEON Janny sous la dénomination "Agence Nivernaise de Formation, d'Evaluation et de Conseil (ANFEC)"	H2015-03-1699	10 rue de Courcelles 58210 LA CHAPELLE ST ANDRE	803795855
Union Départementale des Associations Familiales de la Nièvre - UDAF 58	H2013-10-1266	47 Boulevard du Pré Plantin 58000 NEVERS	778478149
70-HAUTE-SAONE			
LE BRETTON JEAN-MARIE sous la dénomination "JMLB CONSULTANT"	H2017-10-1931	5 rue Gustave Courbet 70000 VELLE LE CHÂTEL	819419870
71-SAONE-ET-LOIRE			
ADAM LAURENCE sous la dénomination "conseil en qualité des établissements médico-sociaux - ROMI"	H2017-12-1934	12 chemin la Savoye 71510 SAINT LEGER SUR DHEUNE	435311170
ADEQUA	H2016-07-1842	16 bis avenue du Clos Mouron 71700 TOURNUS	818847360
MAC MAHON Hélène sous la dénomination "DCFE - Organisme de Formation"	H2009-11-207	JACQ HELENE 179 AVENUE DE PARIS 71100 CHALON SUR SAONE	430346460
MEDIQUALITE	H2014-07-1549	39 rue de la Crue 71160 DIGOIN	801532599
MILHOR	H2016-07-1843	Milhor 2 rue Claude Bernard 71100 LUX	800105843

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
89-YONNE			
A.F.F.I.C.	H2009-07-112	23 rue de la Cour 89000 PERRIGNY	420874133
ESCALIA	H2012-10-1048	15 rue Valentin Prive 89300 JOIGNY	537654014
90-TERRITOIRE DE BELFORT			
HAINZ Brigitte sous la dénomination "ICARA Formation"	H2009-11-213	27 rue de Colmar 90000 BELFORT	502312648
BRETAGNE			
22-CÔTES-D'ARMOR			
AVANT-PREMIERES	H2010-10-536	NOVA POLE - 2 rue de la Croix Lormel - Bâtiment Penthièvre 22190 PLERIN	482395464
BERTHIER Alain sous la dénomination "ARMOR CONSEIL"	H2010-12-597	18 rue des Moulins 22400 LAMBALLE	523637213
GUITTON Christian sous la dénomination "CORIOLIS MANAGEMENT"	H2012-10-1037	28 rue Yves Charpentier 22400 LAMBALLE	444539332
MAKARS Pierre sous la dénomination "Evaluation Makars"	H2013-10-1263	5 rue des Cyprès Saint Aaron 22400 LAMBALLE	793911454
PMV CONSEIL	H2011-10-830	4 rue du Chanoine Yves Collin 22470 PLOUEZEC	435007950
VRH CONSEIL	H2014-10-1612	CAP Entreprises 1 30 avenue des Châtelets 22950 TREGUEUX	751541384
29-FINISTERE			
ALTERWORK Conseil et Formation	H2017-05-1908	32 rue Georges Clémenceau 29400 LANDIVISIAU	824980999
Armoric Expertise	H2015-03-1667	3 rue Hervé de Guébriant 29800 LANDERNEAU	528469240
ARNOUX Thierry	H2013-12-1365	57 rue Victor Hugo 29200 BREST	793648726
BRANDENBURG Hans sous la dénomination "HB CONSEIL"	H2011-07-787	119 rue Anatole France 29200 BREST	404448060
CHRYSALIDE	H2009-11-297	51 rue Jeanne d'Arc 29000 QUIMPER	443903562
COACHING-DYNAMIQUE	H2015-03-1682	21 bis allée Verte 29217 PLOUGONVELIN	797495835
GARDET Patrick sous la dénomination "Territoire en Projets"	H2012-12-1090	5 rue Levot 29200 BREST	533977294
MEDIQUALY	H2012-12-1079	7 lieudit Bot Caërel 29800 PENCRAN	534603477
MORUCCI Emmanuel sous la dénomination "Emmanuel Morucci Consultant"	H2012-10-1019	116 rue de Brest 29490 GUIPAVAS	525281994
PORTAGE SOLUTIONS FRANCE	H2013-03-1153	240 rue Amiral Jurien de la Gravière 29200 BREST	509482733
35-ILLE-ET-VILAINE			
AACCES QUALITE - QUALIBIO	H2013-12-1332	5 rue Saint-Louis 35000 RENNES	388986895

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
ALCANEA CONSEIL	H2012-10-1021	5 quai de la Prévalaye 35000 RENNES	531908499
ASKORIA	H2014-12-1658	2 avenue du Bois Labbé CS 44238 35042 RENNES	792961617
Association Collège Coopératif en Bretagne	H2009-11-266	Avenue Charles Tillon La Harpe CS 24414 35044 RENNES Cédex	327124939
BLONZ Alain sous la dénomination "APC BLONZ"	H2009-11-307	La Gohérais 35890 BOURG DES COMPTES	413834425
CADRES EN MISSION BRETAGNE	H2014-07-1542	107 avenue Henri Fréville Immeuble Le Crimée BP 10704 35207 RENNES 2	503872780
CALMETS Dominique sous la dénomination "DCO - Dominique CALMETS Organisation"	H2009-11-187	79 rue de Riancourt Les Bassières 35400 SAINT MALO	483985297
CLM - Christian Le Moënne et associés	H2011-10-852	9 allée Coysevox 35000 RENNES	450377403
CLPS L'Enjeu Compétences	H2012-12-1084	avenue de la Croix Verte BP 55115 35651 LE RHEU Cedex	321591646
CREDO FORMATION	H2013-03-1160	10 Allée de la Vilouyère 35850 GEVEZE	531626182
EXPERTISE ET FORMATION	H2015-03-1679	Les Hauts Rocomps Parc Tertaire - Bâtiment Technopolis 35410 CHATEAUGIRON	399413822
GALATA ORGANISATION	H2009-11-141	Parc d'activité de Beaujardin 44 35410 CHATEAUGIRON	351503412
GESQUIERE Chantal sous la dénomination "CGP Gestion"	H2012-12-1069	2bis rue de Talensac 35160 MONTFORT SUR MEU	392544250
HR FORMATION	H2013-03-1143	21 rue Jean Jaurès 35760 MONTGERMONT	379688617
HYENNE Daniel sous la dénomination "HD CONSEILS"	H2013-12-1350	4 allée des Helvètes 35760 ST GREGOIRE	421394651
ICONE MEDIATION SANTE	H2009-07-089	4 Allée René Hirel 35000 RENNES	382437531
JEUDEVI - JEUnesse DEVeloppement Intelligents	H2013-10-1301	Le Ruisseau 35380 PAIMPONT	497968479
JOUIN Isabelle sous la dénomination "Isabelle JOUIN Formation - Conseil"	H2017-10-1924	6 rue François Joseph Le Guay 35410 CHATEAUGIRON	813558954
LE GOSLES Martine sous la dénomination "CABINET PRIZAN"	H2013-10-1321	2 rue du Gré Saint Méen 35160 MONTFORT SUR MEU	539651729
LEMARCHANDEL FORMATION	H2011-10-850	12 avenue des Charmes 35590 CLAYES	523341303
MQS - Management de la Qualité en Santé	H2009-07-085	3 rue René Dumont - ENERGIS II - Bât A 35700 RENNES	432990638
ORS BRETAGNE - OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DE BRETAGNE	H2010-03-352	8 D rue Franz Heller CS 70625 35706 RENNES	311865513
PENNEC ETUDES CONSEIL	H2009-07-091	Parc d'affaires la Bretèche Bâtiment O 35760 ST GREGOIRE	384633046
PERINOVE	H2009-07-020	Centre commercial du Tregor 35830 BETTON	511569857
REHAULT Alain sous la dénomination "AR Conseil"	H2013-10-1275	22 rue de Primauguet 35700 RENNES	453855702

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
SARL GROUP ALKER - GROUP ALKER	H2013-07-1211	10 chemin François Luzel 35740 PACE	529829780
SOCIETE NOUVELLE CATALYS - CATALYS CONSEIL	H2010-03-374	Avenue de la Croix Verte 35650 LE RHEU	442490306
56-MORBIHAN			
ACT PLUS CONSULTING - ACT +	H2017-03-1885	1 rue Henri-honoré d'Estienne d'Orves 56100 Lorient	799357447
ALLENT	H2014-12-1637	1, rue Estienne d'Orves 56100 LORIENT	793970047
AMAND Benoît sous la dénomination "A.F.C. - ACTIONS -FORMATIONS-CONSEILS"	H2011-03-683	Le Cosquer 56340 PLOUHARNEL	377523550
ARIAUX CONSEIL FORMATION	H2014-10-1622	27 avenue du Général de Gaulle 56100 LORIENT	518955570
BGP CONSEIL	H2009-07-033	Centre d'Affaires La Découverte - Immeuble Le Stiff 39 rue de la Villeneuve 56100 LORIENT	519978340
DEGUILHEM Nicolas	H2014-12-1654	64 bis impasse de Gorneveze 56860 SENE	493612287
L'HOSTIC Sabine sous la dénomination "CABINET INGENIERIE SOCIALE SABINE LE DANTEC - C.I.S."	H2015-05-1733	15 rue Galilée Espace Créa 56270 PLOEMEUR	501045827
SITTELLE CREATION	H2014-07-1551	4 rue du Comte Bernadotte 56100 LORIENT	485310650
TAUPIN-TROUILLET Pascale	H2010-03-420	Groupe Médical 1 rue Job le Bayon 56400 SAINTE ANNE D'AURAY	398239061
CENTRE-VAL DE LOIRE			
18-CHER			
A.D.P.E.P. 18	H2011-03-712	166 rue du Briou 18230 ST DOULCHARD	775022163
APLUS SANTE	H2013-03-1157	Rue Archimède ZAC Port Sec Nord 18000 BOURGES	398338194
DANIEL BRANDEHO	H2017-07-1919	5 rue du petit village 18340 SENNECAY	790006183
LE PETIT CHOSE	H2012-07-992	3 allée Henri Sallé 18000 BOURGES	539493064
NEERIA	H2013-03-1139	Route de Creton 18110 VASSELAY	353189020
RAULT Lydie sous la dénomination "AUDIT CONSEIL DEVELOPPEMENT"	H2014-05-1477	9 route de Sainte Gemme 18240 BOULLERET	793453044
RODRIGUEZ Alain sous la dénomination "ARFOG CONSULTANT"	H2011-10-848	9 route de Flavigny 18520 BENGY SUR CRAON	522373877
SOUBRAS Séverine	H2014-12-1642	Les Drillaux 18160 ST HILAIRE EN LIGNIERES	794505958
28-EURE-ET-LOIR			
DESMOULINS Linda sous la dénomination "EVALUATION EXTERNE CERTIFIEE"	H2009-11-195	19 rue de la Chesnaye 28700 BLEURY-SAINT-SYMPHORIEN	512071887
MOITIE Jean Jacques sous la dénomination "JJM 28"	H2013-12-1368	15 rue Arthur Lambert 2 28310 TOURY	752253385

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
36-INDRE			
MSA SERVICES BERRY TOURAINE	H2017-10-1927	35 Rue de Mousseaux 36000 CHATEAUROUX	519858880
37-INDRE-ET-LOIRE			
ATEC - Association Touraine Education et Culture - ATEC LERFAS	H2010-03-444	17 rue Groison BP 77554 37075 TOURS 2	302823786
BLIN Pascal sous la dénomination "F2C formation conseil coaching"	H2014-05-1483	24 rue des Epinettes 37540 ST CYR SUR LOIRE	798520813
CHEVESSIER Sylvie sous la dénomination "QUALICONSEIL"	H2009-11-189	2 La Thiellerie 37110 NEUVILLE SUR BRENNE	477974398
GEFFROY Samuel	H2018-05-1967	10 avenue du Bois Lopin 37170 CHAMBRAY-LES-TOURS	798390357
INSTITUT REPERES	H2012-07-971	11 rue de Touraine 37110 SAINT NICOLAS DES MOTETS	401547351
MILHERES Olivier	H2018-05-1966	2 rue du Plat d'étain Bureau 303 37000 TOURS	447481573
ORCHESTRA CONSULTANTS	H2013-03-1156	1 place Jean Jaurès 37000 TOURS	432883122
PAUL Sophie sous la dénomination "SOPHIE PAUL Conseil - SPC"	H2015-03-1703	22 rue des Cigognes 37550 ST AVERTIN	481032407
RENARD Marc sous la dénomination "IFOO - Institut de FOrmation et d'Organisation"	H2011-03-682	1 route de Port Joie 37320 ESVRES	528350572
SOPAS CONSULTING	H2013-10-1294	256 rue Giraudeau 37000 TOURS	529426116
SUR MESURE	H2014-05-1493	90 route de la Chappe 37230 SAINT ETIENNE DE CHIGNY	790288971
THOMAS LEGRAND CONSULTANTS - Thomas LEGRAND	H2011-03-726	161 boulevard Jean Jaurès 37300 JOUE LES TOURS	507565117
41-LOIR-ET-CHER			
CAP HUMANIS	H2012-03-912	22 rue Robert Houdin 41350 SAINT GERVAIS LA FORET	537680795
GM CONSULTANTS RH	H2011-10-820	6 bis rue de l'Abbaye 41100 VENDOME	530879022
45-LOIRET			
BARET Sandra	H2012-07-977	10 chaussée du Grand Moulin 45130 MEUNG-SUR-LOIRE	534306576
CERFHA	H2014-07-1560	1 rue des Charretiers BP 11847 45008 ORLEANS 1	338380926
FORMA SANTE	H2011-10-822	5 avenue Dauphine 45100 ORLEANS	420309627
INFOR SANTE	H2010-03-360	77 rue d'Alsace 45160 OLIVET	399642735
LANVOY	H2017-12-1940	59 ter route d'olivet 45100 ORLEANS	832432926
LEON Eric	H2018-03-1947	75 RUE DE LA MAIRIE 45800 SAINT JEAN DE BRAYE	792874018
MARECHAL FABIENNE	H2017-12-1941	Le Chalet Le lude 45370 JOUY LE POTIER	831797329

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
ORCOM-CENTRE	H2016-05-1836	2 avenue de Paris 45056 ORLEANS CEDEX 1	403314438
PERF'HANDI	H2016-03-1813	34 rue de Bagneaux 45140 ST JEAN DE LA RUELLE	799706023
RESEAU CEDRE SANTE	H2011-07-804	23 RUE ANTIGNA 45000 ORLEANS	490487469
CORSE			
2A-CORSE-DU-SUD			
AQFORR	H2012-12-1108	Forum du Vazzio BP 20974 20700 AJACCIO 9	512609561
COOPERATIVE SUD CONCEPT - SUD CONCEPT	H2014-12-1636	Avenue Marechal Lyautey 20090 AJACCIO	509597142
TORRE Antoinette	H2016-12-1868	4 Rue François Pietri 20090 AJACCIO	411382211
2B-HAUTE-CORSE			
CDI - CONSEIL DEVELOPPEMENT INNOVATION	H2010-03-414	11 rue Marcel Paul 20200 BASTIA	322556580
GRAND EST			
08-ARDENNES			
ACF - ALTERNATIVE CONSEIL ET FORMATION	H2012-07-1008	22 rue d'Alsace 08000 CHARLEVILLE-MEZIERES	501906218
ACROPOLIS - ACROPOLIS Santé-Social	H2010-12-611	99 rue Campagne 08000 PRIX LES MEZIERES	491609178
APAJH ARDENNES - ASSOCIATION DEPARTEMENTALE POUR ADULTES ET JEUNES HANDICAPES DES ARDENNES	H2010-12-649	2652 Route de Revin 08230 ROCROI	780281929
LAURETI Michel sous la dénomination "Action Eval' Conseil"	H2017-05-1895	9 rue du poirier de fer 08160 ETREPIGNY	325546661
MARTIN Jacky	H2016-12-1869	3 Chemin de Chaumont 08090 MONTCY NOTRE DAME	809965411
MS CONSEIL	H2014-03-1395	22 rue d'Alsace 08000 CHARLEVILLE MEZIERES	798824736
10-AUBE			
CDSI CONSULTING	H2011-10-817	3 rue Maurice Maillard 10100 ROMILLY SUR SEINE	533642302
D'OLIVEIRA Luc sous la dénomination "CABINET LDO CONSEIL"	H2011-12-874	47 avenue du Marechal Foch 10280 FONTAINE LES GRES	533779542
MAUGER Jean-François sous la dénomination "MC3F"	H2010-03-397	2 rue du Calvaire 10180 SAINT-LYE	479533762
51-MARNE			
ABBADI&LETHIEC&SOUMAH CONSULTING	H2011-10-835	22 rue des Moulins 51100 REIMS	532389624
AXE PROMOTION	H2010-07-520	8 rue Léger Bertin 51200 EPERNAY	500079942
AXENTIS	H2014-10-1608	28 boulevard Louis Barthou 51100 REIMS	791481807
BOUDJEMAI Michel	H2012-07-965	45 rue des Eparges 51100 REIMS	410555668

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
CARRIE CONSEIL FORMATION	H2013-10-1270	6 avenue Pierre Dubois 51160 AVENAY VAL D OR	794202093
GIANCOLA Véronique	H2015-05-1736	59 boulevard Emile Zola 51000 CHALONS EN CHAMPAGNE	790888218
LAHSINAT Rody	H2013-12-1353	2 rue du 8 mai 1945 51400 MOURMELON LE PETIT	794399055
THOMAS Jean sous la dénomination "JT3 CONSULTANT"	H2012-10-1026	145A rue de Courlancy 51100 REIMS	535229348
52-HAUTE-MARNE			
CHAVEY Marc	H2009-11-196	41 avenue de Champagne 52220 MONTIER EN DER	512010695
54-MEURTHE-ET-MOSELLE			
ADH CONSEIL	H2009-11-249	5 rue de l'Aviation CS 10155 54602 VILLERS-LES-NANCY	338788888
AFORTIS	H2010-07-471	13 rue René Fonck 54000 NANCY	507818029
AXENCE Conseil -AXENCE	H2014-10-1565	Espace Corbin 10 rue Victor Poirel 54000 NANCY	434806808
Cabinet DUBOIS PSYCHOLOGIE	H2012-12-1076	9 rue du Baron de Courcelles 54690 LAY ST CHRISTOPHE	534690649
CAP AVENIR CONSEIL & FORMATION	H2010-10-531	55 rue de Quimper 54180 HEILLECOURT / NANCY	478490964
CHAUMA Catherine sous la dénomination "CHAUMA-PI.FR"	H2013-07-1240	52 rue N.D de Lourdes BP 40095 54000 NANCY 54062	377527122
DUNAMIS Conseil	H2015-03-1671	4 rue Albin Haller 54000 NANCY	808526057
DUPUITS Gilles sous la dénomination "DG CONSEILS"	H2015-03-1706	151 avenue du Général Leclerc 54600 VILLERS LES NANCY	804772606
ESPACE MEDIATION PRODUCTIONS	H2013-03-1149	13 rue du Général Patton 54270 ESSEY LES NANCY	448935924
ESTIENNE Geneviève	H2009-11-232	18 rue Charles Péguy 54140 JARVILLE LA MALGRANGE	392539656
ETCB - Diversalis	H2016-03-1811	11 rue des Fossés 54700 PONT A MOUSSON	815053475
FASSY Gérard sous la dénomination "GEFA Conseil et Formation"	H2014-03-1407	377 rue Secours 54710 LUDRES	530260231
INSTITUT DE FORMATION PRATIQUE	H2011-10-833	28 rue de la Colline 54000 NANCY	528623861
MIRE-CONSEIL	H2010-07-493	51 rue du Maréchal Exelmans 54000 NANCY	520210527
PARIS BRAND Mihaela sous la dénomination "BRAND CONSEIL"	H2011-03-692	85 rue Remenaulaté 54230 NEUVES MAISONS	429067531
PHONEM	H2009-11-308	26 place de la Carrière 54000 NANCY	378803662
QELIA CONSEILS	H2013-10-1302	5 Allée de Longchamp 54600 VILLERS LES NANCY	751698176
RN CONSULTANTS	H2013-10-1291	64 rue Maréchal Exelmans 54000 NANCY	498123223
Sikaria Consulting	H2015-07-1746	13, rue des Fonts 54210 SAINT NICOLAS DE PORT	804031953
Union Régionale pour l'Habitat des Jeunes - URHAJ Grand Est	H2014-07-1536	17 avenue de Metz Site Grand Sauvoy 54320 MAXEVILLE	319914313

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
55-MEUSE			
APOTHEOSE	H2014-03-1389	8 rue Saint Christophe 55000 FAINS VEEL	799467303
CARDILLO David sous la dénomination "DAVIDE CONSULTING"	H2012-12-1093	10 rue Laurent Pons 55100 VERDUN	751025370
CHELIHI Laskri sous la dénomination "AR&FORMA"	H2014-10-1578	33 avenue du Général de GAULLE 55100 VERDUN	519244271
57-MOSELLE			
ADQ CONSEILS	H2010-03-351	6 rue des Lilas 57200 BLIES EBERSING	480193218
AGIR PARTENAIRES	H2011-07-803	5 rue du Camp 57300 MONDELANGE	448658328
ATOS MANAGEMENT	H2009-07-064	Quartiers des Entrepreneurs 29 rue de SarreBP 75027 57000 METZ	488166810
BAUDOUIN SARL sous la dénomination "BAUDOUIN RECRUTEMENT"	H2018-08-1980	2Ter rue aux Ours 57000 METZ	432395879
Boukhé-Conseil	H2015-03-1683	37 rue Bel Air 57540 PETITE ROSSELLE	805287984
BOURLIER Benjamin	H2014-03-1434	8 route de la Reine 57170 CHAMBREY	789722550
Cabinet Goldstein-Salzard et associés	H2013-07-1173	1 rue St Louis 57000 METZ	483802062
CADRES EN MISSION ALSACE LORRAINE	H2014-07-1557	4 rue Marconi 57070 METZ	479531360
CAP AUDIT	H2016-03-1806	1 rue de Sarre 57000 METZ	518291331
Centre "Le Lierre"	H2013-07-1199	Place Roland 57100 THIONVILLE	380168666
Dominique ZIMMERMANN	H2016-03-1802	21 rue Meynier 57630 VIC SUR SEILLE	800026437
EFFICERT	H2010-03-436	7 rue Maurice Vautrin 57590 DELME	498709757
FAUBEL Jean-Luc	H2011-07-781	4 avenue de la République 57800 FREYMING MERLEBACH	338250764
FRIDRICI Denise sous la dénomination "FORMATION CONSEIL COACHING"	H2009-11-219	6 rue Jean Wéhé 57100 THIONVILLE	491203196
GAGLIARDI Diane sous la dénomination "GAGLIARDI Conseil"	H2013-12-1356	1 rue de la Résistance 57130 ARS SUR MOSELLE	791749997
GRABISCH Chantal sous la dénomination "GRABISCH FORMATION, COACHING, EFFICACITE PROFESSIONNELLE"	H2011-03-687	71 rue du Bois Le Prêtre 57130 ARS SUR MOSELLE	491396917
GRETKE Patrick	H2012-03-934	6 rue des Terres Rouges 57070 SAINT JULIEN LES METZ	535148738
REZIG Hadj sous la dénomination "EVALUATION AMELIORATION QUALITE"	H2012-03-936	10 rue du Luxembourg 57320 BOUZONVILLE	534744032
67-BAS-RHIN			
ASSOCIATION ADELE DE GLAUBITZ	H2010-10-570	76 avenue du Neuhof 67100 STRASBOURG	384493284
ASSOCIATION EUROPEENNE POUR LA FORMATION ET LA RECHERCHE EN TRAVAIL EDUCATIF ET SOCIAL - ECE - ESTES Consulting Evaluation	H2009-11-318	3 rue Sédillot BP 44 67065 STRASBOURG Cedex	417670056
CENTRE SOCIAL ET CULTUREL DE HAUTEPIERRE	H2010-03-410	4 Avenue Tolstoï 67200 STRASBOURG	322828526

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
IFCAAD	H2013-10-1268	12 rue Jean Monnet CS 90045 67300 SCHILTIGHEIM 67311	778863688
IFOSEP.E	H2009-11-333	41a route des Vosges 67140 EICHHOFFEN	478368160
MARIE Sébastien sous la dénomination "Ethis consulting & formation"	H2014-03-1408	7 rue des Eperviers 67800 HOENHEIM	537811705
MC FORMATION CONSEIL	H2010-03-390	84 route du Vin 67310 DANGOLSHEIM	420122624
PEREZ Benoît sous la dénomination "Aléis Conseil"	H2013-10-1253	2 rue Klein 67000 STRASBOURG	789027042
STRATEGIE ET GESTION PUBLIQUES	H2010-03-418	22 boulevard de la Marne 67000 STRASBOURG	453449324
SUBLIMACTION	H2016-03-1817	15 rue des Mésanges 67500 NIEDERSCHAEFFOLSHEIM	801893397
SUTY Martine sous la dénomination "ADQual"	H2014-05-1488	71 rue de Sélestat 67210 OBERNAI	503262008
WIRTZ Dominique sous la dénomination "HEMERA CONSEIL"	H2009-11-223	18 rue Sleidan 67000 STRASBOURG	399590389
68-HAUT-RHIN			
APIS ALSACE - ASSOCIATION POUR L'INNOVATION SOCIALE - APIS ALSACE	H2014-07-1543	9 rue de Guebwiller 68000 COLMAR	799872270
ISSM	H2012-07-1006	4 rue Schlumberger 68200 MULHOUSE	778952176
MANGEOT Laurence sous la dénomination "Cabinet SSI - Bureau d'Etude en Ingénierie Sociale - Service Social Inter-entreprises"	H2013-03-1128	20 rue du Souvenir 68630 BENNWIHR	445009616
MJ2N-CONSEIL	H2014-03-1405	9 Impasse des Musiciens 68540 BOLLWILLER	799374525
MOMENTO CONSEIL	H2013-10-1287	17 rue de Quimper 68200 BOURTZWILLER	794395905
MSA SERVICES ALSACE	H2013-12-1333	9 rue de Guebwiller 68000 COLMAR	521346700
SORIS Ludovic sous la dénomination "LSG FORMATION CONSEIL"	H2012-12-1089	3 rue des Erables 68400 RIEDISHEIM	753089424
88-VOSGES			
GUYOT Anne sous la dénomination "CABINET ANNE GUYOT"	H2011-07-735	69 rue Haute 88400 GERARDMER	518920947
GUADELOUPE			
AC3S	H2013-10-1315	312 Résidence Les Jardins de Damencourt 97160 LE MOULE	510348469
ACOA	H2013-03-1150	Centre d'affaire Privalis 19 Faubourg Alexandre Isaac 97110 POINTE A PITRE	788687366
BARTHELEMY Emmanuelle	H2016-03-1800	Belle Place. Route de Pliane. 97190 LE GOSIER	493566822
Cabinet OPALE	H2015-07-1754	63 Résidence An Filao La Rue Rosa Parks 97117 PORT LOUIS	809885395
CJM CONSULTING	H2012-07-1012	20 rue Commandant Mortenol chez Maurice Charles 97110 POINTE A PITRE	533546974
KSM CONSULTING - KARAIB SUCCESS MANAGEMENT CONSULTING - Axiome Conseils	H2013-07-1197	29 Résidence Anquetil 4 97139 LES ABYMES	507677417

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
LABBE Lina sous la dénomination "SOLEVA"	H2012-10-1031	4 Les Hauts de Grippiere 97170 PETIT BOURG	752199489
QUALISSEO	H2013-03-1138	37 Lotissement du Golf 97118 ST FRANCOIS	530124452
GUYANE			
ACCENTYS CONSEIL GUYANE	H2015-10-1759	1333 route de Rémire Le clos de Samana 2 Bât.7 Local n°1 97354 REMIRE MONTJOLY	393362652
CYR CHELIM CONSULTANTS - C3DS CONSULTANTS	H2014-05-1499	22,Lot Crique Pain Impasse des Aouares Maison M.R Girault 97311 ROURA	800932196
JULES Angèle	H2014-03-1444	3191 route de Montabo 97300 CAYENNE	513401661
LCA CONSEIL - LCAC	H2017-03-1883	PUG - Campus Troubiran 97300 CAYENNE	750167512
HAUTS-DE-FRANCE			
02-AISNE			
SCHRODER Laurent	H2014-03-1416	4 Place Foch 02000 AULNOIS SOUS LAON	797721255
VAN ELSLANDE Dominique sous la dénomination "Eval02"	H2017-12-1943	2, Rue Esther Poteau 02500 HIRSON	831320700
59-NORD			
A.C.F.D.C.	H2010-10-537	Abbaye des Guillemins 59127 WALINCOURT SELVIGNY	507696862
ADRASI NORD PAS DE CALAIS	H2011-07-743	44 rue des Pélicans 59240 DUNKERQUE	341992121
ADYCOS CONSEIL - ADYCOS	H2011-03-700	15 rue Denis Papin 59650 VILLENEUVE D'ASCQ	485376289
ANAXAGOR	H2011-03-728	16 avenue du Général de Gaulle 59100 ROUBAIX	381378074
ANTONY Damien sous la dénomination "ANTONY Conseil et Formation"	H2013-07-1217	49 rue Voltaire 59370 MONS BAROEUL	521660878
APSODIE - Cabinet de conseil APSODIE	H2013-07-1206	136 rue du Faubourg de Roubaix 59000 LILLE	399400860
ASSERTIF	H2010-07-469	447 Résidence la Motte du Moulin 59553 ESQUERCHIN	522250778
ASSOCIATION IFAR	H2009-11-331	2 rue Papin 59658 VILLENEUVE D ASCQ	483187522
Association PROMOCOM	H2009-11-230	35 bis rue Jean-Jaurès 59700 MARCQ EN BAROEUL	351227434
Association régionale du Travail Social Nord Pas de Calais - ARTS Hauts-de-France	H2014-03-1381	Rue Ambroise Paré BP 71 59373 LOOS cedex	318071453
AUDHACE – RESSOURCES HUMAINES	H2018-08-1984	1 rue du Palmarès – Bât 6 59650 VILLENEUVE D'ASCQ	812303477
Aurore LETOQUART Audit Conseil Formation	H2009-11-262	Résidence d'Anjou – Appt 15 33-39 Quai du Wault 59000 LILLE	334736071
AUTHENTIQUE AZIMUT	H2009-11-291	70 rue de Néchin 59115 LEERS	450814926
BILLAU Sylvain sous la dénomination "Sylvain Billau Consultant"	H2009-11-185	80 rue de Comines 59890 QUESNOY SUR DEULE	484705637

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
BIOCONSULTANTS	H2012-12-1053	276 avenue de la Marne 59700 MARCQ EN BAROEUL	448721746
BORDY Hervé sous la dénomination "BORDY HERVE FORMATION CONSEIL"	H2009-11-218	39 bis rue de la Station 59650 VILLENEUVE D'ASCQ	440683456
CDRE - Centre De Ressource et d'Echange	H2009-11-344	87 rue de Molinel Bâtiment D - 1er étage 59700 MARCQ EN BAROEUL	495255093
CNR CONSEIL	H2011-10-824	10 avenue de la Créativité 59650 VILLENEUVE D'ASCQ	417653276
CO-AKSION	H2012-03-923	214 C rue Henri Lenne 59283 RAIMBEAUCOURT	524259991
COPAS	H2009-07-084	A WERESO - 104 rue Nationale 59800 LILLE	329070809
CYCA	H2015-10-1761	56 rue de Masnières 59400 CAMBRAI	812938389
DESIDERIUS - TOIT de SOI	H2017-12-1936	10 PLACE SALVADOR ALLENDE 6EME ETAGE 59650 VILLENEUVE D'ASCQ	452671951
E2I	H2009-07-051	19 rue Nicolas Leblanc BP 21003 59011 LILLE	347594137
ECCE HOMO Développement	H2015-12-1782	29 place Lisfranc 59700 MARCQ EN BAROEUL	750976094
EDAJ	H2011-07-769	8 rue du Lion d'Or 59126 LINSELLES	520118027
EFFICIENCE EURO RESSOURCES	H2012-07-1009	155 rue Marcel Dussault Parc des rouges Barres 59700 MARCQ EN BAROEUL	351453774
ELI Consulting	H2018-08-1983	358 rue du Blanc Seau 59200 TOURCOING	838615425
ERREVA	H2014-03-1390	10 rue de Cattolica 59155 FACHES THUMESNIL	798067708
EXTRACITE	H2009-07-090	75 rue Leon Gambetta 59000 LILLE	438557597
GASTÉ-GUILLUY Christine sous la dénomination "MIRAÏKÉ CONSEIL"	H2009-11-181	6B square Jean Pennel Appartement 10 59100 ROUBAIX	424468734
GRANDS ENSEMBLE	H2012-12-1112	75 rue Léon Gambetta 59000 LILLE	488458969
HANDIEXPERH	H2010-12-612	40 rue Eugène Jacquet 59700 MARCQ EN BAROEUL	512708181
HINCELIN Luc sous la dénomination "AGENCE LH CONSEIL"	H2011-03-688	22 rue du Général de Gaulle L'Arcadiane, 59139 WATTIGNIES	408305134
MARIEN Dominique sous la dénomination "DM FORMATION CONSULTANT"	H2014-03-1419	53 rue Sadi Carnot 59320 HAUBOURDIN	493799225
NTSIBA Georges sous la dénomination "Ingénierie Pédagogique & stratégie éducative IPSE"	H2015-10-1766	14 rue Claude Debussy 59650 VILLENEUVE D'ASCQ	449957307
OGIP - QUALITÉ	H2009-07-088	407 rue Salvador Allende 59120 LOOS	352857908
PARTENAIRE MISSION	H2014-07-1558	351 rue de la Gaillarderie 59710 MERIGNIES	799099759
PIETROWSKI Robert sous la dénomination "Conseil dans le domaine éducatif"	H2018-03-1945	132 rue des Moines 59182 LOFFRE	832412423
PRATIQUES ETHIQUES - SOCRATES NORD DE France	H2013-10-1307	16 rue Barni 59800 LILLE	792148116
RICHARD REGIS sous la dénomination "INFICONSEIL AUDIT ET QUALITE"	H2018-03-1956	18 ALLEE DE LA MINOTERIE 59810 LESQUIN	451279087

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
SANSEN Joël sous la dénomination "Education Inclusive Consultants"	H2018-05-1961	1352 Rue des 7 mesures 59299 BOESCHEPE	449899608
SAS EVALPROGRES	H2017-05-1902	AERODROME DE VALENCIENNES RUE DE L'AERODROME 59121 PROUVY	827497710
STRATELYS	H2009-11-253	351 rue Ambroise Paré Parc Eurasanté 59120 LOOS	479667735
SYNERG'ETHIC CONSEIL - SAS SYNERG'ETHIC CONSEIL	H2016-12-1871	46 rue pasteur 59810 LESQUIN	820748150
TIERRIE-CARLIER CECILE sous la dénomination "CTC CONSULTING"	H2016-12-1856	93 RUE DE LA FORGETTE 59960 NEUVILLE EN FERRAIN	807719869
VALACCO	H2012-07-1005	24 rue du Beau Laurier 59200 TOURCOING	528113392
60-OISE			
ALGA	H2009-11-118	881 rue Frédéric Kuhlmann 60870 Rieux	482352622
ANTHEMIA	H2012-07-1011	3 rue de l'Anthemis 60200 COMPIEGNE	444141311
BKM CONSEIL	H2014-10-1600	98 rue César Franck 60100 CREIL	803673961
CABINET M. BELMADANI	H2010-03-443	83 Grande Rue 60330 SILLY-LE-LONG	518413505
CASF Performance	H2014-07-1554	5 allée George Sand 60110 MERU	801870098
DAVAL Nicole sous la dénomination "DAVAL CONSULTANT"	H2015-12-1772	4 impasse Versepuy 60500 CHANTILLY	809261076
DEFOURNIER Daniel sous la dénomination "CONSEIL ET EVALUATION EIRL"	H2015-05-1737	188 rue du Général Leclerc 4 Le Clos Monceau 60250 MOUY	804530863
DIAO Maîmouna sous la dénomination "MD FORMACONSULTANTE"	H2013-12-1347	Centre d'affaires et d'innovation sociale du Sarcus, 9 rue Ronsard 60180 NOGENT-SUR-OISE	523213478
FONT INGENIERIE	H2009-07-106	21 chemin de la Bigue L'Ermitage 60300 SENLIS	483726238
JG EXPERTISE CONSEIL	H2011-12-895	2 rue Ambroise Paré 60180 NOGENT SUR OISE	534986559
LAHITTE Bernard sous la dénomination "DPO - Développement des Personnes et des Organisations"	H2013-03-1118	56 rue de Méru 60570 LABOISSIERE EN THELLE	412321911
LUC MAUDUIT, CONSEILS ET FORMATIONS	H2012-03-927	15 rue Georges Forest 60200 COMPIEGNE	501762942
PEROZ Christian sous la dénomination "DEQP Développement Evaluation Qualité Projet"	H2009-11-241	90 rue du Connetable 60500 CHANTILLY	390446912
62-PAS-DE-CALAIS			
AB CONSEIL	H2014-05-1460	18 avenue de la République 62420 BILLY MONTIGNY	799805130
ALLIOUA Farid sous la dénomination "DYNAMIQUE FORMATION ET CONSULTING"	H2014-03-1430	19 rue Jean Monnet Résidence de l'Europe 62160 BULLY LES MINES	514115682

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
CARALP Philippe sous la dénomination "PHILIPPE CARALP CONSEIL"	H2013-12-1358	2 allée Debussy 62630 ETAPLES	408623973
D'HONT Xavier sous la dénomination "OPALE QUALITE"	H2015-10-1764	17 Domaine de Saint-Josse 62170 SAINT-JOSSE	790546758
HAUTS DE FRANCE PRESTATIONS - HFP	H2012-03-910	260 RUE ABRAHAM LINCOLN BP 30141 62403 BETHUNE CEDEX	431414895
HUMANE PROJET	H2015-07-1748	4 Rue Poittiers 62120 WARDRECQUES	810770677
INTEGRALE CONFORME	H2010-10-563	Village d'entreprises, rue des Hallots ZI RUITZ 62620 RUITZ	493904619
LESAFFRE Didier sous la dénomination "DL Conseil"	H2017-05-1910	3 rue des Ferronniers 62172 BOUVIGNY BOYEFFLES	502219744
MEDICAL LEGER ET CONSULTING	H2012-03-948	5 Quai du Commerce BP 252 62105 CALAIS	502688500
MOUTON Frédéric	H2015-03-1688	4 rue Zeffe 62160 AIX NOULETTE	808188734
SANTOPTA	H2011-12-898	470 avenue du Chat Noir 62780 CUCQ	534554969
UNA PAS-DE-CALAIS	H2014-07-1561	1 rue de la Gaieté CS 60223 62504 ST OMER	378300404
80-SOMME			
2JBL AUDIT CONSEIL	H2016-05-1830	12 rue de Neufmoulin 80135 SAINT-RIQUIER	813854684
APRADIS Picardie - Association pour la Professionnalisation, la Recherche, l'Accompagnement et le Développement en Intervention Sociale	H2016-03-1791	6 rue des Deux Ponts 80000 AMIENS	780612594
ESPACE FORMATION CONSULTING	H2012-12-1106	133 rue Alexandre Dumas 80000 AMIENS	509536793
EXPERT SANTE	H2013-10-1273	133 rue Alexandre Dumas 1er étage 80000 AMIENS	794079871
LORANI	H2013-07-1198	35 rue des Jacobins Appartement 308 80000 AMIENS	495280307
REALCONSEIL	H2014-05-1496	3 avenue du Pays d'Auge 80000 AMIENS	752906354
STRATEGI'HOM	H2014-03-1450	8 rue de l'Eglise 80320 PUZEAUX	799437777
TLC	H2009-07-014	24 boulevard des Fédérés 80000 AMIENS	499129997
ILE-DE-FRANCE			
75-PARIS			
2IRA	H2011-10-836	5 place des Fêtes 75019 PARIS	447645490
A-AMCOS- AAMCOS	H2010-03-387	29 rue du Général Deslestraint 75016 PARIS	518991294
AB CERTIFICATION	H2011-03-704	19 rue de Paradis 75010 PARIS	414513275

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
Abington Advisory	H2014-10-1593	32 rue de Lisbonne 75008 PARIS	798092086
ACET FORMATION	H2015-12-1784	10 Cité d'Angoulême 75011 PARIS	812358950
ACSANTIS	H2012-03-922	15 rue du Caire 75002 PARIS	519743199
ADEXSOL	H2014-10-1605	28 rue des Peupliers 75013 PARIS	791004039
ADOPALE	H2012-03-921	12 rue du Helder 75009 PARIS	449570217
AFAR	H2015-12-1788	46 rue Amelot 75011 PARIS	410079339
AGES	H2018-08-1987	3 avenue de l'Opéra 75001 PARIS	348103078
ALIUM SANTE	H2010-12-625	115 rue de Courcelles 75017 PARIS	480889575
ALTEO-ST LUC & FLEMING	H2013-12-1341	46 rue des Lombards 75001 PARIS	501084461
AME Conseil Audit Management Evaluation	H2012-12-1055	83 rue Michel Ange 75016 PARIS	752973537
AMPLEA CONSEIL	H2011-03-699	14 rue Charles V 75004 PARIS	528530264
ANDESI	H2009-11-160	6 rue de l'Asile Popincourt 75011 PARIS 11EME ARRONDISSEMENT	308529288
ANDOLFI-DURAND Stéphanie	H2014-07-1515	35 rue du Retrait 75020 PARIS	789487378
ANNE ROUMIER VIVO -ARVIVO	H2011-10-823	17 rue Dupin 75006 PARIS	511338105
ANTHROPOS RECHERCHE FORMATION - ANTHROPOS	H2018-03-1952	20 rue Clavel 75019 PARIS	433589785
APAVE CERTIFICATION	H2012-07-986	191 rue de Vaugirard 75738 PARIS 15	500229398
ARABESQUE	H2010-07-510	102C rue Amelot 75011 PARIS	519756290
ASCOR CONSULTANTS ASSOCIES - ASCOR	H2011-10-829	133 avenue Mozart 75016 PARIS	422727180
ASSHUMEVIE - ASSOCIATION HUMANITUDE EVALUATION ET MILIEUX DE VIE sous la dénomination "LABEL HUMANITUDE"	H2018-08-1977	19 rue d'Enghien 75010 PARIS	538332552
ASSOCIATION FRANCE TERRE D'ASILE - FTDA	H2011-10-861	24 rue Marc Seguin 75018 PARIS	784547507
Audit Conseil Solutions - ACS	H2015-03-1711	9 rue de la Bienfaisance 75008 PARIS	529417800
AX'AIDE	H2017-07-1917	136, rue Pelleport 75020 PARIS	822403218
AXES MANAGEMENT	H2011-07-767	84 rue Amelot 75011 PARIS	347720807
BAELDE Pascale	H2014-10-1584	5 rue Hermann Lachapelle 75018 PARIS	513049247
BBA SERVICES	H2009-11-316	55 rue de Rivoli 75001 PARIS	498739481
BEAUVOIS Catherine sous la dénomination "RHCOM"	H2011-03-672	17 rue de Lancry 75010 PARIS	339789372
BLANCHARD Michèle	H2013-07-1245	16 avenue Paul Appell 75014 PARIS	443859491
BLEU SOCIAL	H2009-07-075	9 boulevard de Denain 75010 PARIS	503470791

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
CEKOÏA CONSEIL	H2010-03-365	19 rue Martel 75010 PARIS	513724021
CLAUDET Dominique sous la dénomination "Adrhen-Santé - Dominique Claudet Établissement"	H2014-07-1510	1 rue Bonaparte 75006 PARIS	420123580
CONFLUENCES	H2012-03-904	17 rue Henry Monnier 75009 PARIS	331260356
COOPANAME	H2015-10-1768	3/7 rue Albert Marquet 75020 PARIS	448762526
DAUGUET Anita	H2011-03-695	3 rue du Buisson Saint Louis 75010 PARIS	381807387
DE LATAULADE Bénédicte sous la dénomination "Socio en ville"	H2011-03-684	22 rue Pierre Semard 75009 PARIS	403786817
DEMOSTENE	H2012-03-915	41 rue Saint Louis en l'Île 75004 PARIS	531798593
DURANTON Consultants	H2014-07-1559	2 rue Quinault 75015 PARIS	390566677
EFFICIOR	H2014-07-1564	242 boulevard Voltaire 75011 PARIS	793616566
EHPAD-RESSOURCES	H2011-03-702	44 rue de la Gare de Reuilly 75012 PARIS	525022638
ENEIS CONSEIL	H2010-10-566	2 BOULEVARD SAINT MARTIN 75010 PARIS	480114362
EPIONE CONSEIL	H2017-10-1925	10 PLACE DE CLICHY 75009 PARIS	820678381
EQUATION	H2010-12-630	94 boulevard de Courcelles 75017 PARIS	340916840
ESPELIA	H2017-12-1935	80 RUE TAITBOUT 75009 PARIS	534268677
ETERNIS	H2010-03-433	19 rue d'Enghien 75010 PARIS	429763741
EVAL'PRO CONSEILS	H2014-03-1397	Chez M. Gonzalez, 6 rue Brillat Savarin 75013 PARIS	797911039
FJN	H2012-07-1014	3 rue du Général de Castelnau 75015 PARIS	534858055
FORMATIONS ET DEVELOPPEMENTS	H2009-11-134	38 rue Dunois 75013 PARIS	394923833
GANCEL Jean-François sous la dénomination "gancel jf consultant"	H2016-03-1815	103 rue Alexandre Dumas 75020 PARIS	812448363
GESTE	H2016-07-1846	113 rue St Maur 75011 PARIS	324420835
HORN Michel sous la dénomination "MHCONSULTANTS"	H2011-03-686	25 rue Brochant 75017 PARIS	353229537
ICMS	H2009-07-099	9-11 avenue Franklin Roosevelt 75008 PARIS	408428548
IECA - Tiers Secteur Consulting	H2014-10-1611	57 rue d'Amsterdam 75008 PARIS	422441915
INTERVIA CONSULTING	H2014-10-1609	62 rue de Saintonge 75003 PARIS	440710218
ITG CONSULTANTS	H2009-11-275	18 rue de la Ville l'Evêque 75008 PARIS	433933793
LAGEDOR	H2009-11-142	7 avenue de l'Opéra 75001 PARIS	432182194
LAZAREVITCH Anne	H2009-11-178	90 rue d'Assas 75006 Paris	511407447
LD Formations	H2015-07-1753	10 rue de Penthièvre 75008 PARIS	808775506

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
LE GUERN Françoise sous la dénomination "FRANCOISE LE GUERN FORMATION & CONSEIL"	H2010-12-656	4 cité Hermel 75018 PARIS	412522716
LINKS CONSEIL & ASSOCIES	H2012-12-1110	83 boulevard du Montparnasse 75006 PARIS	512309360
MAGNON Jean-Philippe	H2013-10-1250	15 rue des Nanettes 75011 PARIS	420724346
MANAG'APPORT	H2010-03-361	32 rue de Paradis, Immeuble CIAT 75010 PARIS	441915311
MANAGEMENT ET HARMONIES INITIATIVES	H2012-07-1013	116 rue de Charenton ABC LIV 75012 PARIS	409194792
METIS PARTNERS	H2010-12-661	12 rue du Renard 75004 PARIS	500972922
NOEME Conseil et Développement	H2014-10-1626	83 rue de Reuilly 75012 PARIS	383723418
NOVASCOPIA	H2016-03-1807	14 rue Soleillet BL 24 75020 PARIS	811670041
NUMERIFRANCE	H2016-07-1839	59 rue Saint Antoine 75004 PARIS	819306911
OPTEMIS	H2011-12-892	88 avenue des Ternes 75017 PARIS	424261956
PANACEA CONSEIL & FORMATION SANTÉ	H2014-10-1619	168 bis -170 rue Raymond Losserand 75014 PARIS	497932046
PASSION	H2011-07-773	14 rue de Thionville 75019 PARIS	345103964
PDB-INT	H2014-12-1639	105 rue de l'Abbé Groult 75738 PARIS 15	538567900
PLURIEL FORMATION RECHERCHE	H2010-03-430	13 rue des Paradis 75010 PARIS	453542045
POLYARC - PolyArc - Le savoir partagé	H2010-07-446	33 AVENUE DU MAINE - BP 30 75015 PARIS	493159032
PolygoneSanté	H2014-10-1604	102 boulevard Richard Lenoir 75011 PARIS	523312270
PROCIAL	H2014-07-1507	12 place des Victoires 75002 PARIS	404493645
QUALEVA	H2010-07-470	22 rue Emeriau 75015 PARIS	520831934
SAFRAN & CO	H2009-07-023	ATEAC Tour Montparnasse 33 avenue du Maine 75755 PARIS 15	438119349
SARL Vision2.0	H2014-12-1632	105 bis rue de Tolbiac 75013 PARIS	804764454
SEMAPHORES EXPERTISE	H2013-07-1168	20-24 rue Martin Bernard 75013 PARIS	388269045
SERIDJ LOUISA sous la dénomination "AUXILIAIRES ASSISTANCE"	H2018-08-1979	21 rue Doudeauville 75018 PARIS	829061050
SEVAE	H2017-12-1939	167 rue Raymond Losserand 75014 PARIS	818862484
SLG EXPERTISE	H2011-07-771	10 rue Pergolese 75116 PARIS	320853518
TETE JEAN-CHRISTIAN	H2018-05-1965	10, Allée de Fontainebleau 75019 PARIS	823183637
TIAMAT CONSULTING	H2016-05-1834	113 rue Cambronne 75015 PARIS	502861230
UWAMARIYA Chantal sous la dénomination "NCU CONSULTING"	H2014-07-1517	24 rue Moret 75011 PARIS	799898408

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
VAN DE PORTAL Michèle sous la dénomination "MVP Conseil et Formation"	H2013-03-1127	4 rue Robert Lecoin 75016 PARIS	419055769
VOLIGES SCOP	H2009-07-028	6 rue de Panama 75018 PARIS	490337383
WAELES Patrick	H2014-07-1519	25 rue du Mont Cenis 75018 PARIS	753694330
WEINBERG Hugo	H2013-10-1257	32 Place Saint-Georges 75009 PARIS	334511482
YMAGO CONSEIL	H2017-03-1892	56 rue Labrouste 75015 PARIS	749996856
YOUR CARE CONSULT	H2010-12-610	63 avenue Marceau 75016 PARIS	517624904
77-SEINE ET MARNE			
2IDHEO	H2014-10-1616	130 rue du Général De Gaulle 77430 CHAMPAGNE SUR SEINE	489773218
DELECOURT Christian	H2011-12-863	22 rue des Rechevres 77000 VAUX LE PENIL	400349353
ESPRIT DE FAMILLE	H2009-11-342	142 avenue de Fontainebleau Chez Madame Josiane Odendahl 77250 VENEUX LES SABLONS	484191770
EURO QUALITY SYSTEM FRANCE	H2010-03-434	5 avenue Joseph Paxton 77164 FERRIERES EN BRIE	415103043
GUIDAT BOURSIN Corinne sous la dénomination "A.C.E IDF"	H2013-07-1244	5 chemin du Bas de 3 Moulins 77000 MELUN	791583321
J.R.H. CONSULTANTS	H2012-07-991	67 avenue de Verdun 77470 TRILPORT	398210997
JANASZEWICZ NICOLAS sous la dénomination "NJDConsulting"	H2018-05-1960	9, rue des mimosas 77340 PONTAULT COMBAULT	524431475
LC COACH - ESPACE ETUDES / LC COACH	H2018-03-1949	13 rue de la Mairie 77185 LOGNES	480850536
LES AMIS DE GERMENOY - EFICACE	H2010-12-617	Impasse Niepce, ZI de Vaux-le-Pénil BP 581 77016 MELUN	322388059
Michel Dumont SAS	H2016-03-1810	5 rue Charles Peguy 77150 LESIGNY	804490936
NTG Conseil	H2014-07-1531	16 rue des Muettes 77400 THORIGNY SUR MARNE	801531971
PATRICE HUREL ET ASSOCIES	H2012-10-1034	5 rue Saint Germain 77400 GOUVERNES	518725676
QUALILOG	H2009-07-107	avenue du Touring Club 77300 FONTAINEBLEAU	419879523
RECOUVREUR Philippe	H2013-12-1355	2 allée du Clos Charon 77600 GUERMANTES	328548003
ZUTTERLING MARC sous la dénomination "Stigmergie Consulting"	H2017-10-1923	32 avenue du Clos Saint Georges 77600 BUSSY SAINT GEORGES	828642140
78-YVELINES			
A-C-EVALEX	H2013-10-1279	16 avenue Condorcet 78500 SARTROUVILLE	794460766
AD HOC CONSEIL ET FORMATION	H2014-07-1534	12 allée des Balancelles 78130 LES MUREAUX	540099421
AGEPAS - Agir Efficacement pour l'Amélioration des Services	H2011-03-697	11 rue de la Division Leclerc 78830 BONNELLES	499446029
Alliance de Compétences	H2015-05-1716	13 rue Galande 78510 TRIEL SUR SEINE	809020548

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
ALOREM	H2013-07-1210	51 bis avenue de Lorraine 78110 LE VESINET	480886282
ALTICONSEIL	H2009-07-037	4 rue Jacques Ange Gabriel 78280 GUYANCOURT	480232255
Conduite du Changement	H2014-07-1527	129 avenue Jean Jacques Rousseau 78420 CARRIERES SUR SEINE	502254535
DELPUECH Christine sous la dénomination "AUDIT ET PERFORMANCES"	H2012-10-1039	9 rue des Châtaigniers 78320 LEVIS ST NOM	388156119
Marie Pierre MAUVE sous la dénomination "Conseil qualité"	H2016-05-1820	51 rue de la Vaucouleurs 78111 DAMMARTIN EN SERVE	807544234
MEDALICE	H2014-05-1459	3 rue du Vieux Chemin de Marly 78560 LE PORT MARLY	539158436
MOUVENS	H2013-12-1342	17 rue des Frères Lumière 78370 PLAISIR	452064827
RESIDEAL SANTE	H2012-12-1109	85 rue du Président Roosevelt 78500 SARTROUVILLE	524893237
Sauvegarde de l'Enfant, de l'Adolescent et de l'Adulte en Yvelines- BUC Ressources	H2013-07-1192	9bis avenue Jean Jaurès 78000 VERSAILLES	775708746
TEMPO ACTION	H2010-03-355	35 avenue de l'Europe 78130 LES MUREAUX	437850027
THC - THIERRY HOUBRON CONSULTANT	H2012-07-980	20/22 avenue du Général Sarrail 78400 CHATOU	493133730
VALDOR	H2014-10-1594	108 résidence Elysée 2 78170 LA CELLE ST CLOUD	802212720
91-ESSONNE			
BECK Rita	H2009-11-222	23 Grande Rue 91510 JANVILLE SUR JUINE	510038722
EFC SANTE	H2012-07-1003	12 rue d'Eschborn 91230 MONTGERON	519084925
ENYS Conseil	H2017-05-1901	10 Allée des Champs Elysées 91042 EVRY CEDEX	827917352
GMI	H2015-12-1783	3 allée des Garays 91120 PALAISEAU	399527068
ITACA Consultants	H2009-07-042	4 avenue Kleber 91260 JUVISY SUR ORGE	508566403
MATELICE	H2011-07-797	6 rue de la Tuilerie 91650 BREUX JOUY	493221451
SANCHEZ DE BENITO Jésus sous la dénomination "SDB-Evaluation"	H2013-07-1219	5 avenue des Tilleuls 91130 RIS ORANGIS	538903717
Société d'Etude et de Conseil en Technologie et Organisation - SECTOR	H2014-05-1497	12 avenue du Québec BP 636 91965 COURTABOEUF CEDEX	353762230
SYNRJY	H2012-12-1066	10 rue Nicéphore Niepce 91410 DOURDAN	447828146
TORRE Audrey	H2016-12-1866	10 Allée des Champs Elysées 91080 COURCOURONNES	821743085
TRICHEUX Souad sous la dénomination "AMSO"	H2014-12-1656	18 rue Debussy Appartement 109 91240 ST MICHEL SUR ORGE	503475246
VERET Bruno sous la dénomination "VALEURS EN PARTAGE"	H2011-03-667	4 allée Catherine 91370 VERRIERES LE BUISSON	527661771
92-HAUTS-DE-SEINE			
A.E.S CERTIFICATION	H2013-07-1172	120 rue Jean Jaurès 92300 LEVALLOIS PERRET	521459222

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
AFMS CONSEIL ET FORMATION	H2013-12-1331	23 rue Gilbert Rousset 92600 ASNIERES SUR SEINE	795378173
B2Ge Conseil	H2012-10-1050	40 rue Estienne D'Orves 92120 MONTROUGE	504616954
BAKER TILLY AUDALIAN - AUDALIAN EXPERTISE	H2012-12-1103	14 rue de Penthièvre 92330 SCEAUX	483392163
Bureau Veritas Certification France	H2009-07-005	Immeuble Le Guillaumet 60 avenue du Général de Gaulle 92800 PUTEAUX	399851609
CALIX	H2009-11-319	50 rue Rouget de Lisle 92158 SURESNES	438077349
CLAUDINE HESLOUIN CONSULTANTS	H2011-03-713	16 rue Boileau 92120 MONTROUGE	338581812
CNEH - Centre National de l'Expertise Hospitalière	H2009-07-092	3 rue Danton 92240 MALAKOFF	305009599
DEKRA CERTIFICATION	H2010-12-640	5 avenue Garlande 92220 BAGNEUX	491590279
DELOITTE & ASSOCIES	H2010-03-388	185 C avenue Charles de Gaulle 92200 NEUILLY SUR SEINE	572028041
DmD Consult	H2015-03-1666	2 avenue Augustine 92700 COLOMBES	794338087
E.M.S.	H2013-07-1187	33, avenue de l'Europe 92310 SEVRES	481114718
EDISECOURS - EICERT / BATICERT	H2013-10-1293	2 bis rue de la Sarrazine 92220 BAGNEUX	497535971
ELIANE CONSEIL	H2009-07-046	30 boulevard Belle Rive 92500 RUEIL MALMAISON	451303549
ENTR'ACTES	H2010-03-369	5 bis boulevard Valmy 92700 COLOMBES	410931547
EQR CONSEIL	H2009-07-039	61 rue Henri Regnault 92400 COURBEVOIE	510818065
FOREVAL	H2009-11-227	177 avenue d'Argenteuil 92600 ASNIERES-SUR-SEINE	485259303
GRANT THORNTON RISK MANAGEMENT	H2012-10-1042	29 rue du Pont 92200 NEUILLY-SUR-SEINE	429429087
IFAC - INSTITUT DE FORMATION D'ANIMATION ET D'ACCUEIL	H2012-10-1046	53 rue du RP. C. Gilbert 92665 ASNIERES SUR SEINE	332737394
IFEP	H2012-12-1074	53 rue Révérend Père Christian Gilbert 92665 ASNIERES cedex	417734092
Institut de Ressources en Intervention Sociale (IRIS) - IRIS	H2014-05-1492	115 avenue d'Argenteuil 92600 ASNIERES SUR SEINE	449941087
IQUALIS SANTE	H2010-10-575	47 rue Marcel Dassault 92514 BOULOGNE BILLANCOURT	435060207
JOLY Sabine sous la dénomination "Evaluation-Conseil & Formation"	H2017-05-1912	235 rue de versailles 92410 Ville d'AVRAY	789764909
KPMG Expertise et Conseil	H2015-12-1789	2 avenue Gambetta CS60055 92066 PARIS LA DEFENSE	429012230
KPMG S.A.	H2010-03-417	2 avenue Gambetta CS60055 92066 PARIS LA DEFENSE	775726417
LAFFONT Jean-Yves sous la dénomination "JYL CONSEIL"	H2017-12-1942	31 rue Bernard Jugault 92600 ASNIERES SUR SEINE	827703968
MAZARS SAS	H2012-03-953	61 rue Henri Regnault 92400 COURBEVOIE	377505565
MNM CONSULTING	H2012-12-1111	67 rue d'Aguesseau 92100 BOULOGNE BILLANCOURT	441385671
MOVENS CONSEIL - MOVENS	H2016-12-1864	4 rue Jules Sandeau 92310 SEVRES	808153886

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
PLUM CONSEIL	H2015-07-1745	90 rue Gay Lussac 92320 CHATILLON	809608094
PricewaterhouseCoopers Audit - PwC	H2013-12-1325	63 rue de Villiers 92200 NEUILLY SUR SEINE	672006483
PUAUX Sylvie sous la dénomination "LE SENS DE LA DEMARCHE"	H2013-10-1247	11 rue Jean Jacques Rousseau 92600 ASNIERES sur SEINE	518422472
SCP BISSON ET CHAMPION-GRILLOT	H2012-03-924	116 rue Raymond Ridel 92250 LA GARENNE COLOMBES	347530453
SIMONDET David	H2015-10-1763	58 rue de Paris 92100 BOULOGNE BILLANCOURT	812550515
93-SEINE-SAINT-DENIS			
AFNOR CERTIFICATION	H2010-03-406	11 rue Francis de Préssensé 93571 LA PLAINE SAINT DENIS CEDEX	479076002
BESSIERES Stéphane sous la dénomination "MELTHEMS"	H2009-11-184	178 avenue Jean Jaurès 93500 PANTIN	439859208
EPICURIA CONSEIL ET FORMATION	H2011-10-811	112 avenue du General de Gaulle TOUR DE ROSNY 2 93118 ROSNY-SOUS-BOIS CEDEX	533629812
FNADEPA	H2010-03-437	175 boulevard Anatole France 93200 SAINT DENIS	351159439
FUTUR ANTERIEUR	H2009-07-052	29 Ter rue des Fédérés 93100 MONTREUIL	480774736
GEAY Frederic sous la dénomination "FGConseil"	H2014-10-1587	8 rue Anizan Cavillon 93350 LE BOURGET	789113156
INITIATIVE INVEST	H2014-12-1634	11 rue François Couperin 93110 ROSNY SOUS BOIS	753687177
MELAS Lucie sous la dénomination "RESONANCE URBAINE"	H2009-11-179	43 rue de Merlan 93130 NOISY-LE-SEC	444205025
MURIEL BELLIVIER Conseil&Formation	H2015-12-1785	5 rue Louis David 93170 BAGNOLET	813163078
Société de Services et d'Ingénierie de Santé - SIS	H2013-10-1320	19 rue de l'Université 93160 NOISY LE GRAND	392995361
94-VAL-DE-MARNE			
4 AS	H2009-07-066	69 rue Diderot 94100 ST MAUR DES FOSSES	501332712
ACEF	H2014-07-1538	25 rue de Beaujeu 94100 ST MAUR DES FOSSES	801894130
ADEO CONSEIL	H2009-11-259	12 - 14 rue Robert Giraudineau 94300 VINCENNES	398840553
ALHYSER	H2015-03-1668	1 résidence Clos Boissy 11-15 avenue Allary 94450 LIMEIL BREVANNES	394219679
ANIMATION 94	H2017-03-1872	01 rue du Moutier 94190 VILLENEUVE SAINT GEORGES	328320924
APYDOM	H2015-12-1781	25 rue Mondefaire 94440 VILLECRESNES	499516912
ARMONIS	H2009-11-260	12 rue Poulmarch 94200 IVRY SUR SEINE	491265609
ASTER Ingénierie, Conseil & Formation	H2013-03-1134	103-105 avenue du Général de Gaulle 94320 THIAIS	502296353
BRIGITTE CROFF CONSEIL ET ASSOCIES	H2009-07-044	5 rue Maurice Grandcoing 94200 IVRY SUR SEINE	400000568

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
C.D.A. CONSULTANTS	H2010-03-426	28 avenue Franklin Roosevelt Passage des Vignerons 94300 VINCENNES	450054366
COHEN Eve sous la dénomination "RESPIR'OH"	H2011-10-841	78 rue Gabriel Péri 94200 IVRY SUR SEINE	522490499
CONCEPT FORMATION CONSEIL	H2012-12-1113	58 rue Roger Salengro Péripole 109 94126 FONTENAY SOUS BOIS CEDEX	397451139
CUSTOS-LUCIDI Marie-France sous la dénomination "TRAVAIL & HUMANISME"	H2009-11-212	9 sentier des Roissis 94430 CHENNEVIERES SUR MARNE	443350020
EFFECT IF P	H2009-07-035	216 rue Diderot 94300 VINCENNES	402759112
FOUQUET Olivier sous la dénomination "HIRAM CONSEIL"	H2009-11-244	62 avenue de la République 94320 THIAIS	512096272
GILLET BOUCHER Maryse	H2009-11-188	99 avenue de Paris 94160 ST MANDE	433684172
LOIRE Jean-Raphaël	H2014-05-1487	20 rue Colette 94210 LA VARENNE ST HILAIRE	750525073
MESSACI Brahim sous la dénomination "AGILE CONSEIL"	H2014-03-1409	3 allée Boris Vian 94310 ORLY	799150867
MF SANTÉ CONSEIL	H2012-10-1040	84 bis avenue de Fontainebleau 94270 LE KREMLIN BICETRE	532108958
NAKACHE Cyril sous la dénomination "EVAL PROGRESS"	H2009-11-293	8 rue de La Poste 94210 LA VARENNE SAINT HILAIRE	512686643
PHAM Dinh Toan	H2013-07-1230	81 rue de Reims 94700 MAISONS ALFORT	792056574
Produxi	H2016-03-1803	3 allée Nicéphore Niepce 94300 Vincennes	814070314
SERGECO	H2013-03-1145	3 place du Général Leclerc 94120 FONTENAY SOUS BOIS	399794130
SGS ICS	H2010-03-407	29 avenue Aristide Briand 94111 ARCUEIL	403293103
SOCOTEC CERTIFICATION FRANCE	H2013-03-1164	1 rue René ANJOLVY 94250 GENTILLY	490984309
TEYCHENNÉ Sylvie sous la dénomination "Sylvie TEYCHENNE Consultante"	H2009-11-200	Sentier de la Bonde 94260 FRESNES	493526800
UMEG - Unité Mobile d'Evaluation Gérontologique	H2009-11-320	15 rue Louis Braille 94100 SAINT MAUR DES FOSSÉS	488655580
95-VAL D'OISE			
2 Vous à Nous	H2016-05-1835	271 Chaussée Jules César 95250 BEAUCHAMP	802740233
A3E Consulting	H2017-05-1904	26 rue du Puits Grenet 95230 SOISY SOUS MONTMORENCY	823738026
ACTION SANTE	H2012-03-949	2 allée Hector Berlioz BP 90017 95131 FRANCONVILLE 1	423120732
AGIR PATRIMOINE -AGIR CONSEIL	H2014-10-1591	36 bis avenue Alsace-Lorraine 95600 EAUBONNE	449205962
FOREVEX IDF	H2016-12-1859	5 Route d'Argenteuil 95240 CORMEILLES EN PARISIS	821838646
GERMAIN Laurence sous la dénomination "CABINET APRACA"	H2014-10-1569	24 rue des Acacias 95170 DEUIL LA BARRE	799182258
INTERNATIONAL EXPAND	H2009-11-303	34 rue du Brûloir 95000 CERGY	402240634
MGDOUBET CONSEIL	H2011-10-837	40 rue de la Providence 95800 CERGY	501869903

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
R4M Consulting	H2014-03-1393	20 rue des Trois Cedres 95000 CERGY	798702809
RT QUALITE CONSEIL ET FORMATION - RT QUALITE	H2014-10-1623	30 rue d'Eaubonne 95210 ST GRATIEN	801967068
TOUAZI Hakim sous la dénomination "HTS-Santé"	H2014-10-1581	35 allée des Eguerets 95280 JOUY LE MOUTIER	524188596
MARTINIQUE			
ACCENTYS AUDIT EXPERTISE	H2015-05-1722	Centre d'Affaires Dillon Express Lotissement Dillon Stade 97200 FORT DE FRANCE	351444286
ALTERNATIVE GESTION	H2014-03-1402	Lotissement Les Everglades Bâtiment C 97200 FORT DE FRANCE	520160433
CLODION Marcel sous la dénomination "MC CONSULTANT"	H2010-12-653	30 rue François Rustal 97200 Fort-de-France	399593052
EVALFORMAC	H2014-10-1610	2032 chemin Bois Carré 97232 LE LAMENTIN	789940947
KALEIDOSCOPE DOM - KALEIDOSCOPE	H2017-10-1926	C/ Pépinière d'entreprises Nordcreatis Rue de l'Arche ZA de la SEMAIR 97231 ROBERT	817912082
MODESTE Thierry sous la dénomination "MCS CONSULTING"	H2014-10-1582	Résidence le Nid d'Aigle Rue des Hibiscus C6 97200 FORT DE FRANCE	791312150
OC2 s- OC2 Consultants	H2013-07-1195	Centre Dillon 3000 17 rue G. Eucharis 97200 FORT DE FRANCE	408446227
QUALIPRO	H2012-03-900	Aéroport Martinique Aimé Césaire Aérogare Passagers 97232 LE LAMENTIN	479799413
SASU BPV CONSEIL - BPV Conseil	H2014-10-1613	Mangot Vulcin 97232 LE LAMENTIN	798305017
TYBURN José, Micheline	H2017-07-1914	RESIDENCE JUJUBES 69 ROUTE DE RAVINE VILAINE 97200 FORT DE FRANCE	398729814
NORMANDIE			
14-CALVADOS			
ARFOS PRODEV	H2009-07-111	16 avenue de Garbsen 14200 HEROUVILLE SAINT-CLAIR	400360988
Association INFORCOM	H2014-05-1469	6 rue de Blainville 14000 CAEN	383291846
D2G EVALUATION	H2012-03-911	8 rue de l'Eglise 14610 EPRON	535213623
DTRH - AREDIANCE	H2014-05-1453	4 rue Pasteur 14000 CAEN	791514904
H-CARE DEVELOPPEMENT	H2009-07-095	Les Petites Chaussées 14112 BIEVILLE BEUVILLE	487565616
Institut Européen de Recherche et de Développement des activités et métiers de la santé et de la Prévention- IERDAM Santé	H2015-07-1751	Rue du Canal - ZA Caen Canal 14550 BLANVILLE SUR ORNE	810438747
O TRADING ET CONSULTING - Cabinet Soëte Conseils	H2010-03-402	23 rue Saint Floxel 55508 14400 BAYEUX	439995994

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
PAPELIER ERIC	H2014-10-1571	3 rue du Costil Pernet 14800 ST ARNOULT	539181107
27-EURE			
CARRE Catherine	H2011-03-690	159 rue Louis Gillain 27210 BEUZEVILLE	520674383
DOUTRELIGNE Sébastien	H2017-12-1944	21 rue Garnier Saint Yrier 27200 VERNON	814352001
LAHRECH Ahmed sous la dénomination "O.C.F. - Office Central des formalités"	H2009-11-277	13 avenue Aristid Briand 27000 EVREUX	510837396
MSA SERVICES HAUTE-NORMANDIE	H2012-03-919	32 rue Politzer 27000 EVREUX	510199243
PENAQUE Martha sous la dénomination "COREAMI EVALUATION"	H2014-05-1491	8 rue des Echiquiers Bat.C - Appart.C 27180 ST SEBASTIEN DE MORSENT	480628866
50-MANCHE			
ADEQUATION TERRITOIRE	H2012-07-978	La Vallière 50200 SAINT MALO DE LA LANDE	511624843
BUSIAUX Pascal sous la dénomination "PB CONSEIL FORMATION"	H2014-03-1415	31 rue du Mont Coquerel 50310 QUINEVILLE	420480329
CONSEIL EVOLUTION	H2010-12-646	257 rue du Moulin à Vent 50380 SAINT-PAIR-SUR-MER	439049057
CONSOLEAD	H2014-03-1385	34 rue des Jardins 50810 LA BARRE DE SEMILLY	509670725
LEBRETON Thierry sous la dénomination "3E-Conseils"	H2014-10-1573	19 route du Manoir Hyenville 50660 QUETTREVILLE SUR SIENNE	803444447
MARCHIX Jean-Michel	H2013-07-1225	Appartement 3 - 27 allée Lecourtois 50380 SAINT PAIR SUR MER	791829997
PRECLIN Geneviève sous la dénomination "CABINET PRECLIN"	H2012-10-1044	13 Village Brucourt 50210 ST DENIS LE VETU	502669021
S.R.A.P.	H2010-07-457	Espace Hugues de Morville - 103 rue Geoffroy de Montbray 50200 COUTANCES	380954560
61-ORNE			
ARTHECHNIQUE	H2015-07-1744	Sur les Etangs 61170 SAINT LEGER SUR SARTHE	788517373
Evaluation Diagnostic Maison d'Accueil - E.D.M.A	H2013-03-1163	24 rue de Paris 61110 LA MADELEINE BOUVET	478285943
IRFA EVOLUTION	H2010-03-367	Site universitaire d'Alençon 61250 DAMIGNY	388672529
76-SEINE-MARITIME			
AVICERT	H2010-07-499	2 rue le Mail 76190 YVETOT	391971132
Cabinet AESTIMANDIS	H2015-03-1669	51 rue de la République 76250 DEVILLE LES ROUEN	808719900
Cabinet DYMA'Santé	H2009-07-004	18 rue d'Harcourt 76000 ROUEN	450199013
Centre d'Education et de Prévention Sanitaire (CEPS) - CEPS	H2017-03-1873	85 rue Frété 76500 LA LONDE	438230716

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
DELAHAYE Florence sous la dénomination "FD CONSEIL EVOLUTION"	H2012-03-933	Parc d'activité Polen 76710 ESLETTES	535066526
EXA GROUPE	H2017-07-1916	32 rue Pierre Brossolette 76600 LE HAVRE	509782637
HELICADE CONSEIL	H2011-12-876	105 rue Ganterie 76000 ROUEN	424502896
HOCHE & ASSOCIES	H2016-10-1850	32, avenue Pasteur 76000 ROUEN	494991581
JOUAN Gaëdic sous la dénomination "CREALIS CONSEIL"	H2013-12-1359	51 avenue des Provinces Immeuble Le Normandie 76120 LE GRAND QUEVILLY	794522656
JTC - JOEL TANGUY CONSULTANT	H2016-05-1826	Sente Demillière Puys 76370 NEUVILLE-LES-DIEPPE	818247355
MONDAY CONSULTANTS -Thimoreau Cécile - Monday	H2015-07-1750	7 rue du Perche 76130 MONT ST AIGNAN	424475838
NOVIOMO	H2017-03-1875	Franklin Building 35 rue du 129e Régiment d'Infanterie 76600 Le Havre	819631748
PLUS D'ADEQUATION	H2009-11-158	18 rue Amiral Cécille Le Montréal 76100 ROUEN	478582703
SANINI Jaffer sous la dénomination "A.F.C.E TSocial"	H2013-07-1238	3 chemin du Bois Humechon 76270 GRAVAL	512261777
SCOP EFFISCIENCE	H2015-03-1673	2 rue des Martyrs de la Résistance 76770 LE HOULME	807829254
Securit Ingenierie	H2015-03-1677	1690 rue Aristide Briand 76650 PETIT COURONNE	404955882
TANGUY Joël sous la dénomination "Joël TANGUY consultant"	H2015-05-1731	Sente Demillière 76370 PUYS (Dieppe)	808435739
NOUVELLE-AQUITAINE			
16-CHARENTE			
CHAUVEAU Marc sous la dénomination "MC-MEDIATION"	H2013-03-1121	Le Bourg 16390 LAPRADE	538665779
DESNOUX-CLOUZEAU Nadine	H2009-11-210	32 rue de Belat 16000 ANGOULÊME	493764005
ENIAL - DL Conseil	H2015-05-1713	1 rue de la Providence 16100 COGNAC	439041682
GAGNOU Frédérique sous la dénomination "I.D.ACT Conseil et Formation"	H2010-03-394	26 rue de l'Arsenal 16000 ANGOULEME	418142022
JAUSEAU Delphine sous la dénomination "KAZE FORMATION"	H2016-12-1870	75 rue de la Loire 16000 ANGOULEME	801351917
PHB.Conseils & Formations - PHBCF	H2017-03-1893	49 route de nercillac 16200 REPARSAC	532036076
PRADIGNAC Florence sous la dénomination "fp-accompagnement qualité"	H2016-10-1849	Monsoleau 16300 BARRET	792946725
ROSSET Julie sous la dénomination "Côté FACE"	H2015-10-1762	25 place du Solencon 16100 COGNAC	812625572
SCHLEEF Paul sous la dénomination "Them'a Conseil"	H2014-10-1586	Le Foucaudat 16130 JUILLAC LE COQ	751227398

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
17-CHARENTE-MARITIME			
ACTION RH OPERATIONNEL	H2010-03-419	14 rue des Greffières 17140 LAGORD	493113450
BOUYER Brigitte	H2013-03-1124	Appartement 26, 5 rue du Docteur Tavera 17000 LA ROCHELLE	788604049
DIERNE - MEDI-EVAL	H2015-10-1755	32 avenue Albert Einstein 17000 LA ROCHELLE	811367333
HL Conseil	H2013-07-1183	16 rue de Saint Nazaire 17000 LA ROCHELLE	530269521
ISO MANAGEMENT	H2011-07-794	472 avenue des Dunes 17940 RIVEDOUX PLAGE	443750658
LEPIN Agnès sous la dénomination "Santé Projets"	H2013-03-1131	48 rue de Saintonge 17500 OZILLAC	789930583
UNA Charente-Maritime - UNA charente-Maritime/Deux-Sèvres	H2010-03-349	53 rue de Suède 17000 LA ROCHELLE	423542661
19-CORREZE			
VERNEY François sous la dénomination "Cabinet EPISSURE, François VERNEY Consultant"	H2012-07-979	12 rue de Noailles 19100 BRIVE LA GAILLARDE	345329023
23-CREUSE			
TIJERAS Marc	H2014-03-1425	2 rue Fernand Maillaud 23000 GUERET	798186714
24-DORDOGNE			
BRIOUL Michel	H2010-10-574	Les Galubes 118 route de Cantemerle 24130 PRIGONRIEUX	325006120
CHASSAGNE DAVID sous la dénomination "DORDOGNE FORMATION CONSEIL - D.F.C"	H2017-07-1913	LA CABORNE 24130 LUNAS	818987786
HAUQUIN Pascal	H2015-12-1778	47-49 rue du Maréchal Lyautey 24660 COULOUNIEIX CHAMIERS	813564804
INGé CONSULTANT	H2014-05-1457	5 impasse Dumonteilh de la Terrière 24380 VERGT	530968148
M'RAIM Smail sous la dénomination "IDES CONSEIL"	H2013-07-1234	Le Clos du Genet 24320 BERTRIC BUREE	439497355
SAMPAIO Carole sous la dénomination "Ac'Qualitas"	H2015-07-1741	Lieu-Dit Les Memeries 24290 MONTIGNAC	533573242
STEIN Ariane sous la dénomination "ARIANE FORMATION CONSULTING - AFG"	H2014-07-1518	16 rue du Plateau des Izards 24660 COULOUNIEIX CHAMIERS	428975312
TILLET Cathy	H2009-11-224	7 Chemin de la Lande Haute 24130 LA FORCE	512306051

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
33-GIRONDE			
3IE INGENIERIE INNOVATION IDEES ENTREPRISE	H2009-11-258	192, rue ACHARD 33300 BORDEAUX	388766644
A.R.T.S AQUITAINE	H2010-07-517	9 avenue François Rabelais BP 39 33401 TALENCE	301168803
AACEF	H2010-10-576	13 rue Neil Armstrong 33692 MERIGNAC CEDEX	523381879
ABRAS STRATEGIE	H2009-11-294	La Forge Route d'Auros 33210 LANGON	504216227
ADAMS CONSEIL	H2010-07-498	388 boulevard Jean Jacques Bosc Centre d'Affaires JJ Bosc 33321 BEGLES	502364573
AIM	H2013-10-1264	23 Rue Calvimont 33100 BORDEAUX	424404580
ALTER CONSEIL	H2009-11-330	3 cours Georges Clémenceau 33000 BORDEAUX	453755985
ARSIS	H2009-07-045	16 rue Edison 33400 TALENCE	429039027
Article 25	H2018-05-1970	45 rue de Vincennes 33000 BORDEAUX	834306656
ASSIER Christine sous la dénomination "CALIBIO"	H2012-03-943	74 avenue de Thouars 33400 TALENCE	537685695
BACHA Rachid sous la dénomination "brjconseil"	H2014-12-1643	119 Rue des Acacias 33290 LE PIAN MEDOC	803972793
CALVO Martine sous la dénomination "CEVOLIA"	H2012-07-972	11 rue du Moulin à Vent 33320 EYSINES	538790239
CESAM FORMATION	H2014-12-1635	40 rue de la Commanderie des Templiers 33440 AMBARES ET LAGRAVE	494837115
CFER Santé	H2014-10-1627	Domaine de Sarlandie 33790 SOUSSAC	440249175
CHALEUIL Mickaël	H2014-07-1514	33 rue Servandoni 33000 BORDEAUX	522607092
COOP'ALPHA - COOPÉRATIVE D'ACTIVITÉS ET D'EMPLOI 33	H2013-10-1299	1 avenue de La Libération 33310 LORMONT	482371481
DECOURCHELLE Denis sous la dénomination "MODUS"	H2009-11-345	4 allée Wagner 3 33170 GRADIGNAN	443335096
DITCHARRY Jean-Marc sous la dénomination "CABINET ARESS"	H2010-12-588	Apt 34 - Tour 1 74 rue Georges Bonnac 33000 BORDEAUX	349029926
DUBESSET Caroline sous la dénomination "CD+FORMATION"	H2015-03-1697	8 rue du Pin Vert 33600 PESSAC	533942108
DUPRAT Dominique sous la dénomination "CABINET TRAJECTOIRES"	H2012-10-1024	16 rue Pierre Curie 33800 BORDEAUX	394399414
ERGOprévention	H2015-12-1790	23 rue Calvé 33000 BORDEAUX	801789579
EURL CEDREIPS	H2011-10-810	23 rue de la Rousselle 33000 BORDEAUX	529582124
Euro-Compétences et Initiatives pour le Développement de l'Entrepreneuriat Solidaire - Euro-CIDES	H2014-05-1501	67 voie privée du Vieux Chêne 33125 LE TUZAN	433540549
GIP FCIP AQUITAINE	H2012-03-916	5 rue Joseph de Caryon Latour CS 81 499 33060 BORDEAUX	183300417
GOMEZ Virginie sous la dénomination "GOMEZ VIRGINIE DIETETICIENNE NUTRITIONNISTE"	H2016-03-1799	127 avenue de Picot 33320 EYSINES	480613827
GRANGER Emmanuel sous la dénomination "GCONSULTANT"	H2010-12-600	2 rue du Château Trompette 33000 BORDEAUX	410218754
HAUVILLE Valérie sous la dénomination "CASP - Cabinet d'Accompagnement et de Soutien Pédagogique"	H2013-03-1117	15 rue Francis Garnier 33300 BORDEAUX	394018519

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
INTERVENTION EN ORGANISATION ET DEVELOPPEMENT - I.O.DE-TM - IODE-TM	H2012-12-1081	42 rue de Tauzia 33800 BORDEAUX	788626075
MARAIS Françoise sous la dénomination "FM SANTE"	H2010-12-604	18 Lot Les Greens Augusta Domaine du Golf 33470 GUJAN-MESTRAS	377689609
MOUSSET Sylviane	H2017-03-1887	15 rue Hugla 33700 MERIGNAC	753238757
OAREIL	H2011-03-715	3 Ter place de la Victoire Université Bordeaux 2 33076 BORDEAUX	308066265
OMEDIAL	H2018-08-1989	2 cours du 30 Juillet 33064 BORDEAUX Cedex	838012342
PAIN Marie-Thérèse sous la dénomination "MARIE-THERESE PAIN FORMATION-CONSEIL"	H2010-12-590	24 rue de la Moune 33310 LORMONT	482350261
PAS à PAS	H2013-07-1196	45A avenue de Saint Médard 33320 EYSINES	790369391
PODESTAT PARTENAIRES	H2010-03-362	14 Chemin de Couquet 33450 ST LOUBES	504895830
Q-ORUS ACTHAN FORMATION	H2014-10-1589	25 avenue des Mondaults 33270 FLOIRAC	478829823
REALITES ET PROJETS - R&P CONSULTANTS	H2009-07-034	Rue de la Blancherie Bâtiment Ambre 33370 ARTIGUES PRES BORDEAUX	341929750
RIGEADE Marie-Béatrice	H2013-03-1126	12 rue Maurice 33300 BORDEAUX	531943736
RODRIGUEZ Michel sous la dénomination "MR CONSEIL ET FORMATIONS"	H2009-11-282	144 bis rue David Johnston 33000 BORDEAUX	445316763
SALAZAR Marie	H2014-03-1427	132 bis avenue de Saint-Emilion 33127 MARTIGNAS-SUR-JALLE	797453115
SARL CORRELATION	H2012-12-1104	9 avenue du Bedat 33700 MERIGNAC	753168830
SOUFFLARD-ANTONY Dominique	H2011-10-840	67 Voie Privée du Vieux Chêne 33125 LE TUZAN	524433927
TOUZANNE William sous la dénomination "William Touzanne PRACTIS"	H2015-03-1707	7 allée Mongilard 33470 GUJAN MESTRAS	425013158
VD Conseils	H2015-03-1681	444 rue du Crabey 33127 SAINT JEAN D'ILLAC	804503449
40-LANDES			
Adour développement association	H2016-12-1865	18 rue de le Jème 40230 SAINT VINCENT DE TYROSSE	821967049
BRUNEL Jean-Paul sous la dénomination "SEMAPHORE CONSEIL"	H2009-11-182	216 Chemin du Moulin de Lassalle 40180 OEYRELUY	453974909
C.FORM	H2011-07-766	23 route de Chon José CASOL 40140 SOUSTONS	440659217
DUCALET Philippe sous la dénomination "QUALICEA CONSEIL"	H2010-07-502	307 rue Fernand Darreuyre 40990 HERM	518182175
GLESS Peggy	H2013-10-1260	3100 Chemin Jean de Blanc 40260 LESPERON	790507321
IFD - Institut Formation et Développement Sanitaire et Social	H2009-07-056	625 RD 817 40390 ST ANDRE DE SEIGNANX	480495621
LABADIE Jean-Jacques sous la dénomination "EVAQUALIS"	H2010-03-382	817 Promenade du Portugal 40800 AIRE SUR L'ADOUR	511426520
LASNE Patrice sous la dénomination "Patrice LASNE Consultant"	H2009-11-180	8 allée des Palombes 40130 CAPBRETON	503503526
WILLIAM TERRY CONSEIL	H2012-03-956	2 rue des Cigales 40140 SOUSTONS	480087600

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
47-LOT-ET-GARONNE			
AFIP - AFIP SANTE	H2011-03-711	102-104 avenue Henri Barbusse 47000 AGEN	452808579
AXIUM Expertise	H2017-05-1896	30 rue de la grande horloge 47000 agen	538554130
CADIS	H2009-11-267	Technopole Agropole BP 108 47931 AGEN 9	514052182
CEDIS INSTITUT	H2009-11-122	Technopole Agropole BP 108 47931 AGEN 9	438124182
Conseil Actions Collectivites - CAC FORMATIONS ORES	H2015-05-1723	10 avenue Jean Jaurés 47000 AGEN	420838047
DEWERDT Alain sous la dénomination "ADC"	H2013-07-1236	JANNOY 47700 ST MARTIN CURTON	523801827
POLASTRON Jocelyne sous la dénomination "AUXITIS"	H2010-12-606	LAGARRIGUE 47470 BEAUVILLE	512509357
QUADRAXE	H2012-12-1058	1 impasse Compère 47520 LE PASSAGE	753054766
RADJI Rose sous la dénomination "SYNOPTIS CONSULTING"	H2014-05-1478	Pech de Plat 47110 DOLMAYRAC	524598976
64-PYRENEES-ATLANTIQUES			
2E.M.S. - Evaluation Externe Médico Sociale	H2012-12-1067	Les Jardins d'ARCADIE Appartement 101 64600 ANGLET	788600070
ANTROPICA CONSULTORES - ANTROPICA CONSEIL	H2016-10-1852	2 Rue Thomas Edison Bât A 64054 PAU	820859049
ARNEAU Patrick sous la dénomination "A.P. CONSEIL"	H2010-07-503	21 Impasse de la Porcelaine 64100 BAYONNE	429396997
BSA - BUREAU DE SOCIOLOGIE APPLIQUEE	H2013-10-1288	16 rue Broquedis 64200 BIARRITZ	509879979
CLESOIN	H2009-11-299	IRIARTIA Maison Iriartia 64780 SAINT MARTIN D'ARROSSA	493055503
COUPIAT Pierre-André sous la dénomination "Régulation Technique et Supervision"	H2009-11-245	Route de Conchez Maison Quey 64330 DIUSSE	478824329
DELYFER Laure sous la dénomination "Anjelo Consulting France"	H2013-10-1261	13 rue du Château 64140 LONS	791963937
GAILLARD Muriel sous la dénomination "OCCATIO"	H2009-11-317	21 rue Larreguy 64200 BIARRITZ	507853331
GROUPE EURIS	H2009-11-300	6 rue Paul Bert 64000 PAU	343918918
I.D.Q.S Institut pour le développement de la Qualité sociale	H2010-07-477	10 Chemin Caribot 64121 SERRES CASTET	434533469
J2C CONSULTANTS - J2C	H2009-11-343	36 rue Abbé Brémond 64000 PAU	433782331
LABORARE CONSEIL	H2012-03-901	Résidence Alliance, 3 rue du Pont de l'Aveugle 64600 ANGLET	444884779
LACOUE Pierre	H2014-05-1476	14 rue de l'Ecole Normale 64000 PAU	322582156
LAUTIER Christian sous la dénomination "CHRISTIAN LAUTIER CONSEIL"	H2009-11-247	12 rue Pellot 64200 BIARRITZ	509525762
MEDICONSEIL FORMATION	H2018-05-1969	18 avenue du 18ème Régiment d'infanterie 64000 PAU	835149824

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
MORNET-PERIER Chantal sous la dénomination "MORNET-PERIER CONSULTANTS	H2010-12-660	15 rue des Mouettes 64200 BIARRITZ	420272973
PORTES DAVID sous la dénomination "DAVID PORTES CMF"	H2016-12-1855	278 chemin Olhet 64990 URCUIT	509613840
QUALTITUDE FORMATION	H2017-12-1938	1 bis chemin d'Angaïs 64420 NOUSTY	801527821
79-DEUX-SEVRES			
ACcompagnement Conseil Organisation LAtitude DEveloppement -ACCOLADE	H2015-05-1718	5 rue des Moulins à Vent 79300 BRESSUIRE	794732008
COHERENCES DES PROJETS ET DES HOMMES	H2011-12-887	6 ter rue Emilie Cholois 7 9000 NIORT	390659068
DARAND Marc sous la dénomination "MARC DARAND - CONSEIL - FORMATION"	H2012-10-1036	31 Rue de la Croix Naslin 79230 PRAHECQ	503624900
QUALIGENEST	H2013-12-1330	Sainte Marie des Genêts 79240 VERNOUX EN GATINE	797393063
Thierry DELAPLACE Conseil - DGLP Conseil	H2015-05-1720	39 avenue de l'Espérance 79000 NIORT	809428428
86-VIENNE			
ATELIER DE L'EVALUATION EN PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE	H2014-10-1620	6 rue de la Croix 86600 SAINT SAUVANT	478187131
CIF-SP	H2011-03-725	3 rue Georges Servant 86000 POITIERS	492690870
DUPON Laurence	H2015-12-1777	28 rue Arsène et Jean Lambert 86100 CHATELLERAULT	518789250
LE CENTRE - CIR-SP	H2017-10-1928	Immeuble le Connetable - 18 boulevard Jeanne d'Arc 86000 POITIERS	512214701
ORIALIS CONSULTANTS	H2010-07-496	19 Passage Saint-Grégoire 86000 POITIERS	518912142
PECHEUX Michel sous la dénomination "CABINET ETHIQUE ET QUALITE"	H2012-10-1025	31 avenue du Noyer au Roy 86240 LIGUGE	751244104
SAUVEPERFORMANCE	H2018-05-1974	1 rue des Frères Lumières 86180 BRUXEROLLES	525119863
VAILLANT Bernard	H2014-10-1570	Les Sables 86140 DOUSSAY	440560860
87-HAUTE-VIENNE			
ADVITAM	H2010-10-568	Espace Galaxie 37 rue Barthélémy Thimonnier 87280 LIMOGES	521763904
ALQUALINE	H2017-12-1937	Villebon 87110 SOLIGNAC	815230529
B2C - BARIL CHRISTIAN CONSULTANT	H2009-07-057	4 rue Legouvé 87000 LIMOGES	443608146
DTALENTS CONSEIL ET FORMATION	H2016-05-1829	29 avenue du Général Leclerc 87100 LIMOGES	507583946
FASE GERONTO	H2011-03-719	9 rue des Bruyères 87120 BEAUMONT DU LAC	522171073

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
FEL	H2013-12-1324	52 rue Turgot BP 261 87007 LIMOGES	352018337
FORMA2F	H2010-10-539	22 avenue Michel Gondinet BP 61 87500 SAINT-YRIEIX-LA-PERCHE	523727287
FORMACOM	H2010-07-467	6 impasse Brillat Savarin 87100 LIMOGES	421462276
NUTRI-CULTURE	H2010-12-613	19, rue Junien Rigaud 87200 SAINT JUNIEN	527512040
SARL E2S CONSEIL & FORMATION	H2018-05-1968	2 rue Dalesme 87000 LIMOGES	821512548
TIBLE Thierry sous la dénomination "THIERRY TIBLE FORMATEUR"	H2009-11-322	24 rue d'Antony 87000 LIMOGES	389134859
OCCITANIE			
09-ARIEGE			
AGENCE DE FORMATION SATTVA	H2014-07-1556	Cap Couserans 8 rue Notre Dame 09190 ST LIZIER	538907031
GAZAN Danièle sous la dénomination "DG Consultant"	H2013-07-1220	9 promenade des Maquisards 09100 PAMIERS	448006130
11-AUDE			
A2T	H2010-03-424	110 Avenue Gustave Eiffel Pavillon HERMES 11100 NARBONNE	419922224
ACE - ACTION CONSEIL EVALUATION	H2017-03-1884	16 Bd Marcel Sembat 11100 NARBONNE	824318984
ALQUIER LAURAGAIS CONSEIL	H2014-03-1378	DREUIL 11420 MOLANDIER	799414842
AML CONSULTANTS	H2017-05-1899	207 CHEMIN DE LA GRAVETTE 11620 VILLEMOUSTAUSSOU	805406865
EVOLUD'HOM CONSULT	H2013-12-1335	207 chemin de la Gravette 11620 VILLEMOUSTAUSSOU	794923672
LE PICHON Gilbert sous la dénomination "Gilbert LE PICHON Conseil, Evaluation"	H2015-05-1729	21 avenue de la Clape Prolongée Saint Pierre La Mer 11560 FLEURY d'AUDE	804436988
12-AVEYRON			
ACTIONS FORMATIONS	H2009-11-328	Boulevard Emile Lauret 12100 MILLAU	411047913
Association Conseil, Accompagnement, Formation, Evaluation et développement de Nouvelles Expertises.- CAFEINE	H2016-10-1854	Le Tailladis 12200 SANVENSA	819259920
Centre de santé Millau-Larzac - CDS Millau-Larzac	H2016-12-1857	IMPASSE DES VIGNES 12100 MILLAU	818754459
PARET CONSEILS ET EVALUATIONS	H2013-03-1141	5110 Vezouillac 12520 AGUESSAC	789891900
PARET Laurent	H2009-11-202	71 rue de la Croix Vieille 12100 MILLAU	484798913
RESSOURCES Action	H2016-07-1844	26 rue de la Treille 12200 VILLEFRANCHE DE ROUERGUE	382993277
30-GARD			
AID & CO	H2010-12-620	500 passage des Pinèdes 30900 NÎMES	524637899
ARC CONSEILS	H2011-07-764	27 chemin de Campeiraud 30330 SAINT LAURENT LA VERNEDE	522621713

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
ASSOCIATION EDUCATIVE DU MAS CAVAILLAC	H2012-07-993	Chemin de Laparot 30120 MOLIERES-CAVAILLAC	775884976
AUDITPRO	H2014-07-1528	13 boulevard Talabot 30000 NIMES	801222365
AVIANCE - AVIANCE CONSEILS	H2014-12-1631	131, impasse des palmiers PIST OASIS 30319 ALES	805184371
CAYRE Nicolas sous la dénomination "CONFORM ACTION"	H2012-12-1088	103 Chemin de Font Froide 30200 VENEJAN	752582346
DELAMAIN Gilles sous la dénomination "FACEO CONSEIL"	H2012-10-1032	6 rue de la Saladelle 3 0870 CLARENSAC	749970430
HELLEBOID Colette sous la dénomination "QUALIT EFFICIO"	H2016-03-1795	233 chemin de la Calade La Rouvière 30260 LIOUC	814303087
MARTIN JOSE	H2017-03-1876	2 rue de la Poste 30670 AIGUES VIVES	449585595
MEDACTIC	H2010-07-512	INNOV'ALES 14 boulevard Charles Péguy 30319 ALES	522350677
SERRE-COMBE Yvan sous la dénomination "yvan.socialconsulting"	H2017-05-1909	3 RUE DOREE 30000 NIMES	813939709
TRANSformation	H2015-07-1749	Le Lauzas 30170 POMPIGNAN	752536045
31-HAUTE-GARONNE			
2A Accompagner Autrement	H2015-05-1714	20 rue Saint Léon Bâtiment B1 31400 TOULOUSE	809170897
A.S.F.O GRAND SUD - GROUPE OCTANTIS ASFO GRAND SUD	H2012-07-959	ZI le Palays - Périsud 2 - 13 rue André Villet 94415 31405 TOULOUSE 4	776945156
AISTHESIS FORMATION	H2014-03-1398	25 bd André Netwiller - Bat. B 31200 TOULOUSE	510219843
BGE SUD OUEST	H2013-10-1316	3 chemin du Pigeonnier de la Cépière 31100 TOULOUSE	315963108
BIOMEGA CONSEILS	H2014-10-1601	9 rue Matabiau 31000 TOULOUSE	803813815
BRANDIBAS Gilles	H2011-03-685	36 avenue des Magnolias 31470 FONTENILLES	433060589
BVMS CONSEIL	H2012-07-988	8 route de la Baronnesse 31810 VENERQUE	529585499
CDC - Cyril Dechègne Consulting	H2009-07-077	2 chemin Garric Bât A, Appt 12 31200 TOULOUSE	491181590
CEPFOR	H2010-12-645	700 rue l'Occitane 31670 LABEGE	342386547
Cisame Coopérative d'Ingénierie Sociale	H2012-10-1016	12 Grande Rue Nazareth 31000 TOULOUSE	411273535
CLEDOU Odette sous la dénomination "O2CA"	H2014-12-1651	40 rue des Fontaines Bâtiment B 31300 TOULOUSE	790036008
COMEOS	H2009-11-143	5 rue du Professeur Pierre Vellas, Bât B6, le Syrius ZAC EUROPARC 31300 TOULOUSE	432849735
EASIF	H2013-03-1142	38 rue des Eglantines 31130 BALMA	789752326
FAUCHER Solange sous la dénomination "SOLANGE FAUCHER CONSEIL ET FORMATION"	H2009-11-252	5 rue de la Chénaie 31650 ST ORENS DE GAMEVILLE	493838197

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
FR CONSEIL	H2012-07-994	12 Place Jean Moulin 31470 ST LYS	532428018
GALANTE Jean-Michel sous la dénomination "Syn-Thésis"	H2012-12-1070	3 rue d'Alençon 31400 TOULOUSE	514026327
GARCIA Béatrice	H2014-05-1484	20 rue Paillas 31620 CASTELNAU D ESTRETEFONDS	400362307
GIP FCIP TOULOUSE	H2010-07-516	75 Rue Saint Roch 31400 TOULOUSE	183109073
GONCALVES Yannick Anne	H2009-11-346	1 allée Philippe Ariès 31400 TOULOUSE	511500837
GROUPEMENT D'INTERET PUBLIC SANTE EDUCATION- GIPSE	H2016-05-1832	Hôtel Dieu, 2, rue Viguerie 31052 TOULOUSE 2	130018195
HALLY Consultants	H2012-03-947	116 route d'Espagne - Bât Hélios - BAL 514 31100 TOULOUSE	502378201
IFRASS - Institut de Formation, Recherche, Animation, Sanitaire et Social	H2010-03-386	2 bis rue Emile Pelletier BP 44777 31047 TOULOUSE 1	439088501
IN TEAM	H2012-10-1041	14 rue Saint Antoine du T 31000 TOULOUSE	502292758
KALINI Guy Sylvain sous la dénomination "INITIATIVE DEVELOPPEMENT CONSULTING (INIDEC)"	H2011-07-733	15 avenue Emile Zola 31520 RAMONVILLE ST AGNE	523925147
L.A. CONSEILS	H2013-07-1174	9 rue Jean-François Romieu ZI Joffrery 31600 MURET	409220340
LA MAISON DE L'INITIATIVE	H2011-10-857	52 rue Jacques Babinet 31100 TOULOUSE	398386102
LICCIARDI Robert sous la dénomination "NEOCONSEIL EUROPE"	H2010-07-492	2 rue des Ormeaux 31750 ESCALQUENS	318928108
MAES Blandine sous la dénomination "AREF"	H2012-10-1049	17 rue Saint Papoul 31000 TOULOUSE	512843269
MASSON Catherine sous la dénomination "PERENNIS CONSEIL"	H2010-10-564	11 impasse des Bons Amis 31200 TOULOUSE	502654593
MONTFORT Régis sous la dénomination "RMT CONSEIL"	H2011-03-693	1 Boulevard Fleur Espine 31140 LAUNAGUET	525278859
NADAL Dolores	H2010-12-605	22 rue Monserby Bât A 31500 TOULOUSE	524793874
OMEGA CONSEIL	H2011-07-765	185 avenue des Etats-Unis 31200 TOULOUSE	530255827
PERRIN Odile sous la dénomination "IDENTITES PLURIELLES"	H2016-03-1794	BP 21228 31012 TOULOUSE 6	813364551
ROUILLON Sylvie sous la dénomination "SR CONSEIL"	H2010-07-462	1 bis Quai Lombard 31000 TOULOUSE	483992558
SEGURA Béatrice sous la dénomination "CABINET BEATRICE SEGURA"	H2012-10-1045	115 chemin de Ferouillet 31200 TOULOUSE	489382267
Y.M.C.A. DE COLOMIERS	H2010-12-637	13 avenue Edouard Serres 50308 31773 COLOMIERS	303356182
32-GERS			
BEAUR Patrick sous la dénomination "CefaQ"	H2013-12-1364	17B rue de l'Hôpital 32720 BARCELONNE DU GERS	400674735
BOULANGER Elodie sous la dénomination "ACTEA"	H2015-07-1739	21 bis du chemin du Seilhan 32000 AUCH	511669525

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
GASC-DESILLE Patrice	H2010-10-565	La Bordeneuve 3 2340 CASTET-ARROUY	417870805
KANOPE	H2014-12-1629	Innoparc ZI de l'Hipprodrome 6 rue Roger Salengro 32000 AUCH	429228018
SCUDELLARO Alain sous la dénomination "SCUDELLARO CONSEIL SUPERVISEUR"	H2013-12-1346	Cap du Bosc 32500 LAMOTHE GOAS	507678795
34-HERAULT			
ADS+CONSEILS	H2011-07-770	357 chemin de la Font du Noyer 34980 MONTFERRIER SUR LEZ	514766872
AFCOR	H2009-07-063	66 allée Charles Darwin 34090 MONTPELLIER	408759462
ALTER.ID CONSULTING	H2009-11-302	Chez Alinéa secrétariat 73 allée Kleber - Boulevard de Strasbourg 34000 MONTPELLIER	515013233
ASSOCIATION ACTIF	H2011-10-855	259 avenue de Melgueil BP 3 34280 LA GRANDE MOTTE	303544324
AUDIT ASSOCIES MEDITERRANEE sous la dénomination "A.A.M. "	H2018-08-1978	125 RUE PROFESSEUR ANTONIN BALMES 1er ETAGE 34070 MONTPELLIER	790233340
AUTONOMOS	H2012-03-913	4 rue Sœur St Jean 34120 NEZIGNAN L'EVEQUE	535293146
B&S CONSULTANTS	H2010-12-638	23 Place de l'Armoise Résidence Parc de la Chamberte 34070 MONTPELLIER	428223093
BOICHOT Séverine sous la dénomination "SEVERINE BOICHOT CONSULTING ET FORMATION EN SANTE"	H2010-12-659	23 rue du Plan Guirard 34830 CLAPIERS	520555913
BONFILS Caroline Maddy sous la dénomination "QUALISOC"	H2012-07-976	287 Rue Jupiter B2202 34990 JUVIGNAC	512963844
BOURNE AGNES sous la dénomination "A.B. EVAL"	H2013-07-1229	Résidence Chantebrise Bâtiment C 135 avenue de Lodeve 34080 MONTPELLIER	790221667
BRAUN Sonia	H2014-12-1653	18 rue des Entrepots 34670 BAILLARGUES	510122344
BST CONSULTANT	H2010-12-609	149 avenue du Golf Le Green Park Bat A 34670 BAILLARGUES	398313890
CHC CONSULTING	H2014-07-1563	13 avenue Melusine 34170 CASTELNAU LE LEZ	800266199
CREACTIF	H2014-07-1562	11 rue des Lauriers Roses 34750 VILLENEUVE LES MAGUELONE	800956336
DLM DEVELOPPEMENT	H2009-07-054	120 rue de Thor Le Blue d'Oc 34000 MONTPELLIER	481134195
DUFOIX Caroline sous la dénomination "CONSEIL CD"	H2010-10-551	16 rue Lacombe 34000 MONTPELLIER	512047598
EI GROUPE	H2009-07-002	437 avenue des Apothicaires Bât 3 CS n°28888 34197 MONTPELLIER 5	490725801
EMON Meriem sous la dénomination "IFPAC INGENIERIE SOCIALE"	H2010-07-525	27 impasse Aldébaran 34400 LUNEL 34400	452770878

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
GEOMETRIE VARIABLE	H2011-10-827	5 PAT Le Millénaire 1350 avenue Albert Einstein 34000 MONTPELLIER	429518897
HEMA CONSEIL	H2015-05-1721	13 impasse Le Clos du Gourp Salat 34350 VALRAS PLAGE 34350	808480875
IHOS	H2013-12-1326	101 place Duhem - Les Centuries II 34000 MONTPELLIER	797708633
INAES	H2015-12-1773	92 rue Mathieu Laurens 34000 MONTPELLIER	812359883
IRCAM CONSULTING France	H2010-07-475	2 rue de la Merci 34000 MONTPELLIER	453279242
IRIS EVALUATION CONSEIL	H2010-03-401	265 avenue des Etats du Languedoc 34000 MONTPELLIER	443223987
IRTS LANGUEDOC-ROUSSILLON	H2010-03-368	1011 rue du Pont de Lavérune CS 70022 34077 MONTPELLIER	380369124
JOUANIN Laure sous la dénomination "LJC"	H2015-12-1774	92 rue Mathieu Laurens 34000 MONTPELLIER	511556649
KABBARA BARDINA Lina sous la dénomination "KL CONSULTANTS"	H2009-11-173	22 rue de la Treille Muscate 34090 MONTPELLIER	333702603
LAURENT CHARLES-ANDRE EIRL - LCA MQP	H2018-03-1957	168 Allée Salomon de Brosse 34080 MONTPELLIER	500896295
LUDOVIC LAVIE FORMATION CONSEIL EVALUATION - 2LFCE	H2018-05-1958	7 rue François Mireur 34070 MONTPELLIER	835111683
MATHIEU Nicole	H2015-07-1738	15 rue des Cigales 34110 VIC LA GARDIOLE	329454920
MUNILLA LAURENT	H2017-05-1911	256 rue René Grousset 34070 MONTPELLIER	520202086
NOOSCOPE	H2017-05-1898	468 Rue de Baillarguet 34830 CLAPIERS	820184992
OMEM COMMUNICATION DEVELOPPEMENT FORMATION	H2015-03-1670	371 avenue de l'Evêché de Maguelone 34250 PALAVAS LES FLOTS	808041123
OPTIMISUD	H2016-07-1840	9 impasse André Castanet 34500 BEZIERS	533671434
PERFORMANCE	H2009-11-115	54 Impasse des Parasols 34000 MONTPELLIER	343263729
PLISSONNEAU Cédric sous la dénomination "CEDRIC PLISSONNEAU CONSEIL ET FORMATION"	H2009-11-276	16 rue Louis Trible 34130 SAINT AUNES	379906282
POIRRIER Gaële	H2014-10-1568	6 allée du Roc 34980 SAINT CLEMENT DE RIVIERE	790350078
PRIMUM NON NOCERE	H2010-07-507	2 bld Jean Bouin, bât Optimum ZFU Les Arènes 34500 BEZIERS	514604453
PROBE	H2009-11-315	17 rue des Tritons 34170 CASTELNAU LE LEZ	510677909
QUALIMETRIS	H2012-03-906	15 avenue Albert 1er 34500 BEZIERS	538803677
RACLET Olivier sous la dénomination "STRADEX Marketing"	H2012-12-1087	341 chemin de la Chabanette 34200 SETE	322923186
RAYNAUD Carole sous la dénomination "EVAL EXTERNE CONSEILS"	H2013-07-1221	9 rue des Rocs 34300 AGDE	792693293
ROUZEL Joseph sous la dénomination "PSYCHASOC"	H2014-12-1645	11 Grand rue Jean Moulin 34000 MONTPELLIER	430394635
S.C. PERFORMANCES - S.C. PERFORMANCES STRATEGIE & COHERENCE	H2016-05-1831	Résidence l'Orée du Bois Bat.A 17 Rue du Prado 34170 CASTELNAU LE LEZ	478885981
SAINT-LEGER Jérôme	H2015-03-1695	200 route du Disque 34150 ANIANE	807609631

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
SARL COMPETENCES ET FORMATIONS - COMPETENCES ET FORMATIONS	H2015-12-1780	1 impasse Anatole France 34760 BOUJAN SUR LIBRON	525330635
SUDEX CONSEIL GARRIGUES	H2017-03-1881	67 ROUTE DE BEZIERS 34430 ST JEAN DE VEDAS	510384787
TAIEB Jean-Claude sous la dénomination "JEAN-CLAUDE TAIEB CONSULTANT - AVEROESS"	H2009-11-167	AVEROESS Jean-Claude TAIEB. 32 avenue des Plages 34470 PEROLS	512467473
TERRA DE COCAGNE - Terre de cocagne	H2009-11-152	9 rue LONGUYON 34200 SETE	500574512
TRAJETS FORMATION	H2013-10-1317	1 rue Embouque d'Or 34000 MONTPELLIER	519564553
VALORECIA	H2011-07-759	Immeuble le Stratège 1095 rue Henri Becquerel 34000 MONTPELLIER	493585111
46-LOT			
AMILHAUD Sarah	H2016-05-1819	28 avenue de la République 46130 BIARS SUR CERE	818051633
Evalexterne groupe	H2014-05-1455	Mas de Nadal 46150 GIGOUZAC	800493769
GELAS Sylvie	H2014-03-1447	Pech Gaillard 46340 SALVIAC	321516114
HILLAU RENE	H2015-03-1709	88 place de la Résistance 46000 CAHORS	804601912
KORRICHE Jérôme sous la dénomination "SETSO"	H2017-07-1920	Sermiac 46170 SAINT-PAUL-FLAUGNAC	492551551
MARTY Christine	H2014-03-1410	Mas de Nadal 46150 GIGOUZAC	399794411
MERIGUET Thierry sous la dénomination "AQC CONSULTANT"	H2014-05-1475	BRIDELONG 46310 SAINT GERMAIN DU BEL AIR	401344023
SARL HIBOU CONSEIL - HIBOU CONSEIL	H2013-10-1272	Hameau de Bélinac 46320 LIVERNON	793845157
WAWRZYNIEC Philippe	H2014-03-1441	Le Bourg 46090 COURS	337745111
48-LOZERE			
ESPINASSE Stéphane sous la dénomination "Qualiscoop"	H2016-03-1796	La Baume 48400 BEDOUES	432497279
SAUVION CORINNE sous la dénomination "CO'S PRO"	H2017-12-1933	La Baume 48400 BEDOUES	830834461
65-HAUTES-PYRENEES			
DIREXEL Françoise sous la dénomination "EVALYS 65"	H2014-03-1432	340 rue Laspassades 65360 ARCIZAC ADOUR	799014147
IFCA PYRENEES	H2013-03-1144	72 rue de la République 65600 SEMEAC	789599073
LABORDE Anne-Marie	H2014-03-1445	9 impasse Colonel Fabien 65320 BORDERES SUR L ECHEZ	795071125
66-PYRENEES-ORIENTALES			
A.DE.QU.E	H2013-03-1154	18 rue du 14 Juillet 66390 BAIXAS	789419900
BUATOIS Patrick sous la dénomination "PATRICK BUATOIS CONSULTANTS"	H2012-12-1062	18 rue du 14 Juillet 66390 BAIXAS	390303592
DORE Didier sous la dénomination "DIDIER DORE CABINET DE FORMATIONS ET DE CONSULTATIONS"	H2011-12-864	4 avenue de la Gare 66170 MILLAS	315888420

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
GARCIA Pascal sous la dénomination "QUAL-HY-SE FORMATIONS"	H2014-07-1548	49 rue les Eglantiers 66670 BAGES	512711847
M.S. RESSOURCES	H2010-03-435	3 boulevard de Clairefont, Site Naturopôle, bat G 66350 TOULOUGES	444958581
MAZZIOTTA Robert	H2013-12-1374	5 rue des Genêts 66330 CABESTANY	320426174
NOVAFORM	H2013-10-1290	7 rue des Cerisiers 66410 VILLELONGUE DE LA SALANQUE	794272310
VISION PARTAGEE - Cabinet VISION PARTAGEE	H2013-12-1370	13 rue des Oiseaux B. P. 10081 66600 RIVESALTES	487892390
81-TARN			
A3D Consulting	H2009-07-098	La Vernede 81230 LACAUNE	491255824
ACTHAR	H2018-08-1985	8 avenue de la Martelle 81150 TERSSAC	820185445
AD-VENIR	H2011-03-714	La Roquette 81500 BANNIERES	529545683
CAP ATTITUDE	H2012-07-1010	4 chemin d'en Teste 81540 SOREZE	510963697
CENPIC	H2010-10-558	108 avenue de l'Hermet 81380 LESCURE D'ALBIGEOIS	508804721
Eurl FORMAS	H2013-03-1133	5 rue Louise de Marillac 81200 MAZAMET	388852659
L.A.C.A.Q. - LACAQ	H2010-10-526	Plaine de l'Homme Viel 5 Chemin de la voie ferrée 81110 LESCOUT	384063475
TOUTUT Jean-Philippe sous la dénomination "CABINET JEAN-PHILIPPE TOUTUT CONSULTANTS"	H2011-10-843	39 rue Mahuzies 81100 CASTRES	324661586
82-TARN-ET-GARONNE			
AUDIT - FORMATION - CONSEIL EN ENTREPRISE SOCIALE	H2010-12-632	27 chemin Bonhomme 82410 ST ETIENNE DE TULMONT	524050408
BODIN NATHALIE	H2017-03-1889	7 RUE DES CHENES 82370 CAMPSAS	810241844
CABOT Gilles	H2015-05-1734	8 rue Georges Guynemer 82000 MONTAUBAN	809299787
TEMPS SOCIAL CONSULTING, ASSOCIATION	H2011-07-745	Hameau de Maillars 82500 MAUBEC	531857480
PAYS DE LA LOIRE			
44-LOIRE-ATLANTIQUE			
AM CONSULTANTS	H2009-07-073	20 Rue de Champagne 44700 ORVAULT	423878552
CABINET BIZOLON CONSULTANTS	H2010-10-584	8 rue de Saintonge 44600 SAINT-NAZAIRE	422607200
CADRES EN MISSION	H2012-03-928	144 rue Paul Bellamy - CS 12417 44024 NANTES 1	424151678
CHANU Franck sous la dénomination "FCH CONSEIL"	H2012-12-1071	10 rue Léo Delibes 44400 REZE	531942555
DALI DEVELOPPEMENT	H2016-12-1861	5 RUE DU TOURMALET 44800 SAINT HERBLAIN	799960406
DFT Compétences - Diagnostic Formation Technicité Compétences	H2013-03-1162	55 route du Manérick 44740 BATZ SUR MER	530310416
EFFIGEN	H2012-07-970	1 domaine de Beauregard 44240 SUCE-SUR-ERDRE	507716371

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
EURO SYMBIOSE	H2012-03-902	5 rue Thomas Edison - ZAC de la Fleuriaye 44470 CARQUEFOU	381309277
HERVY - AMPLITUDE	H2014-07-1555	2 avenue de la Pigossière 44860 PONT ST MARTIN	799158837
IDM CONSULTANTS	H2009-07-006	3 avenue des Perrières 44240 LA CHAPELLE SUR ERDRE	439204884
JUBEA SARL	H2016-12-1863	9 chemin de la Garenne 44360 SAINT ETIIENNE DE MONTLUC	822638862
KALETIS	H2015-03-1663	11 rue de Beauséjour 44470 THOUARE SUR LOIRE	808774608
LE PERISCOP	H2015-07-1752	18 boulevard Paul Perrin 44600 ST NAZAIRE	803193440
L'OUVRE-BOITES 44	H2010-03-442	8 avenue des Thébaudières 44800 SAINT HERBLAIN	449989573
MDR CONSULTANT	H2014-12-1640	35 Les Courauds 44690 MAISDON SUR SEVRE	799368741
PREVIA	H2012-03-950	75 rue des Français Libres CS 26301 44200 NANTES 2	442033965
RM CONSEIL	H2011-07-760	37 rue du Patis Rondin 44300 NANTES	382960847
SESAME CONSEIL	H2011-07-775	4 rue d'Herbauges 44860 PONT SAINT MARTIN	434228789
SOVRAN Fabienne sous la dénomination ""IN FINE" Conseil - I.F.C"	H2013-07-1216	92 rue des Faneurs 44220 COUERON	790460919
VERDIER Geoffroy	H2012-12-1097	134 boulevard des Poilus 44300 NANTES	751902263
VF2A	H2016-05-1823	8, rue de la mare rouge 44190 CLISSON	817903222
49-MAINE-ET-LOIRE			
ACOR CONSEIL	H2009-11-341	16 place de la Dauversière 49000 ANGERS	402677769
ASSOCIATION REGIONALE POUR L' INSTITUT DE FORMATION EN TRAVAIL SOCIAL DES PAYS DE LOIRE- ARIFTS PAYS DE LA LOIRE	H2013-12-1329	6 rue Georges Morel 49045 ANGERS 1	509618500
AVISO - Coopérative AVISO	H2014-10-1602	4 rue Martin Luther King 49000 Angers	444813489
DESHAIES Jean-Louis sous la dénomination "EFFICIO Conseil - Formation - Communication"	H2009-11-164	Route de Baugé Les Aulnaies 49160 LONGUÉ-JUMELLES	420815672
DESJONQUERES Romain	H2018-03-1948	52 rue PASTEUR 49130 LES PONTS DE CÉ	519634752
DYNAMYS	H2010-03-366	33 rue Costes et Bellonte 49000 ANGERS	500015896
FOREVEX	H2014-07-1546	120 rue des Ladres 49260 ARTANNES SUR THOUET	801633280
GEPI	H2009-07-007	Porte C - Allée du Grand Launay 49000 ANGERS	490557550
HA CONSEIL	H2009-11-161	8 chemin de la Bergerie 49620 LA POMMERAYE	444301758
I.F.S.O. - Institut de Formation Santé de l'Ouest	H2010-03-412	4 rue Darwin 90451 49004 ANGERS	300717410
INGEFOR	H2010-03-400	81 rue des Ponts-de-Cé Centre Galilée 49000 ANGERS	343566071
PROAGIS	H2009-07-071	9 rue Ménage 49100 ANGERS	423746981

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
53-MAYENNE			
APESMS	H2016-12-1858	7 RUE DU ROCHARD 53600 EVRON	822650016
CEAS MAYENNE	H2010-07-480	29 rue de la Rouillère 53000 LAVAL	317001386
CLOTEAU SONIA sous la dénomination "ASV FORMATION CONSEIL"	H2017-03-1886	LA TOUCHE 53400 LIVRE	804381028
CULTURE ET PROMOTION	H2011-10-854	29 rue de la Rouillère 53000 LAVAL	775664485
FITECO	H2010-07-501	Rue Albert Einstein Parc Technopole 83006 53063 CHANGE 9	557150067
INNOVATIO	H2014-10-1595	114 rue Prosper Brou 53000 LAVAL	803557248
MAIEUTIKA	H2009-07-093	1 rue du Vigneau 53200 MENIL	424352268
MGP Conseil	H2017-05-1906	ZA - 10 Avenue Raoul VADEPIED 53600 CHATRES LA FORET	825240385
MONNIER Magali sous la dénomination "MGP CONSEIL"	H2014-12-1644	14 rue du Fourneau 53600 EVRON	803427566
TECHNE CONSEIL	H2010-07-500	Boulevard de la Communication CS 96149 53062 LAVAL CEDEX	388765901
72-SARTHE			
CEAS SARTHE	H2010-10-548	7 avenue René Laënnec 72000 LE MANS	786340059
ETIQ MANAGEMENT	H2010-07-508	18 rue Possonnière 72000 LE MANS	513253138
Le Collège imaginaire	H2016-05-1824	2 rue du Collège 72430 CHANTENAY	805058393
PROSERVE CONSEIL QUALITE	H2009-11-159	Espace de Maulny 1 Place des Ifs 72015 LE MANS 2	444940076
SARL ERGO FORM	H2012-03-955	La Chevesserie 72340 MARCON	500777743
85-VENDEE			
ADVISORIA	H2018-03-1951	98 BD DES BELGES COUR RICHELIEU 85000 LA ROCHE SUR YON	802319673
CEAS DE VENDEE - CENTRE D'ETUDES ET D'ACTION SOCIALE DE VENDEE	H2010-03-377	22 rue Anita Conti BP 674 85016 LA ROCHE SUR YON	304600885
COCF - CAP-OUEST CONSEIL ET FORMATION	H2010-10-580	68 boulevard des Champs Marot 85200 FONTENAY LE COMTE	520119462
DEVAUX Eric sous la dénomination "FAROUELL CONSEIL"	H2013-07-1231	36 rue Octave de Rochebrune 85200 FONTENAY LE COMTE	750317844
EPI - Cabinet EPI	H2013-12-1338	11 la Bergerie 85280 LA FERRIERE	529175291
INSTITUT DE CONSEIL ET DE FORMATION SUPERIEURE	H2011-07-753	Allée de Meslay 85600 LA GUYONNIERE	786428979
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR			
04-ALPES DE HAUTE-PROVENCE			
AGC - Groupe PROMAN	H2014-03-1394	Z.I Saint Maurice BP 631 04106 MANOSQUE	420888984

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
PERCEPIED Serge sous la dénomination "SPOrganisation"	H2014-05-1486	1 rue Gassendy Tartonne 04000 DIGNE LES BAINS	791457559
PESCE Jean-Pierre sous la dénomination "Alter Ergo"	H2015-03-1702	20 rue Antoine Héroët 04000 DIGNE LES BAINS	804427185
PRIN Magali sous la dénomination "MAINTIS"	H2009-11-305	39 chemin de la Combe d'Azard 04180 VILLENEUVE	481707594
05-HAUTES-ALPES			
CURIEN Allain sous la dénomination "PARTENAIRES Conseil et Strategie"	H2018-03-1954	les Ecrins Bt B 13 route de valserres 05000 GAP	339812224
DAVID Christophe sous la dénomination "DAVID FORMATION"	H2009-11-203	10 route des Demoiselles Coiffées 05190 REMOLLON	484212329
FAUVEL ELSA sous la dénomination "EF Eval'Conseil"	H2018-05-1964	20 chemin de Hauteville 05000 Gap	509009106
06-ALPES-MARITIMES			
AB CONSULTING	H2010-10-585	1 place Joseph Bermond OPHIRA 1 06560 VALBONNE	421081886
ABA - APPRENDRE AUTREMENT	H2012-03-907	Chemin de la Solidarité 06510 CARROS	484047360
AC CONSEIL	H2011-07-791	ZI de l'Argile BP 50 06370 MOUANS SARTOUX	513638296
AKSAY	H2011-07-742	1 rue Joseph Fricero 06000 NICE	410703805
BAUCHET Muriel sous la dénomination "F.E.E.S FORMATION, ETUDES, EVALUATION EN SANTE"	H2009-11-336	268 route de Bellet-Château Magnan Bât. C2 06200 NICE	382721926
BERTAUX-MEDART Martine	H2014-03-1431	103 avenue d'Estienne d'Orves prolongée 06000 NICE	794981662
BESSO Michel sous la dénomination "F.EVAL2S"	H2014-03-1442	65 chemin de l'Abreuvoir 06270 VILLENEUVE LOUBET	799278080
C&SD - Conseils et Services Durables	H2013-03-1159	WTC1 1300, route des Crêtes, bâtiment P 06560 SOPHIA ANTIPOLIS	504383514
CAUGEPA	H2009-11-125	87 chemin de la Platrière Domaine des Roses 06130 GRASSE	441125424
CECCATO Nathalie sous la dénomination "EVAL EXPERTS"	H2012-12-1072	27 avenue Villermont 06000 NICE	530452028
CERTIF'EVAL	H2015-03-1674	29 impasse des Pâquerettes - CI 75 06330 ROQUEFORT LES PINS	808440986
Conseil Qualité Santé - CQS	H2013-07-1178	31 B avenue Cap de Croix Les Hauts de Cimiez 06100 NICE	491467916
DELMOTTE Pierre	H2011-10-860	93 avenue Cyrille Besset 06100 NICE	402986079
ESSOR CONSEIL FORMATION	H2013-07-1201	1770 route de Grasse Les Combes 06600 ANTIBES	408544955
EXPERIENSES	H2012-07-984	105 Chemin des Moulins 06640 SAINT JEANNET	534254792
FC QUALITE CONSEILS	H2013-07-1208	833 chemin des Combes Eden Park Bat 1 entrée B 06600 ANTIBES	788522522
FORET Jean-Max	H2011-03-675	253 route de Bellet 06200 NICE	521538173

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
FORMEVAL	H2011-10-806	455 Promenade des Anglais, Porte de l'Arenas, Hall C 06299 NICE	494080633
FORMOSO Pascale sous la dénomination "EDQ CONSEIL"	H2014-07-1509	3 chemin des restanques 06650 OPIO	800011074
HAMIDI Rabia sous la dénomination "CONSEIL SCIENTIFIQUE"	H2014-07-1511	7 avenue de la Madelon Hauts de Cessolle Entrée C 06100 NICE	801421942
HUCHOT Fabien sous la dénomination "Cabinet COFEA"	H2011-07-746	280 Chemin de Peidessalle 06560 VALBONNE	530388743
Infinity Autonomie Conseils	H2015-12-1787	L'orangerie 29, Rue Alphonse 1er 06200 NICE	812765410
INSTITUT MEDITERRANEEN D APPRENTISSAGE GERONTOLOGIQUE - IM'AGE	H2012-12-1082	4 avenue Balbi 06100 NICE	534054705
LUZCARE - SENIOR'SPA & CARE	H2011-10-851	42 avenue du Docteur Picaud Le long Beach 06400 CANNES	520338377
MALQUARTI Patricia sous la dénomination "CABINET D'EXPERTISE ET CONSEIL MALQUARTI"	H2010-12-593	2 rue du 4 Septembre 06260 PUGET THENIERS	321395626
MOSAIQUE	H2014-07-1541	9 chemin du Lac 06130 LE PLAN DE GRASSE	478816770
MRPJP	H2018-05-1971	110, Chemin de la Bergerie 06330 Roquefort les Pins	823053665
NARDIN Nicolas sous la dénomination "Azur Conseil Evaluation en Gérontologie"	H2013-10-1258	Villa Maurice 50 route de bellet 06200 NICE	792908287
PIEROTTI Michel	H2015-05-1725	241 route de Levens 06690 TOURRETTE LEVENS	807967385
PRIN Michel sous la dénomination "CABINET PRIN"	H2011-12-870	25 Traverse de l'Orée du Bois 06370 MOUANS SARTOUX	350548590
REBBANI Mourad sous la dénomination "AUDIT EVALUATION CONSEIL"	H2010-12-589	85 avenue Raoul Dufy Résidences de la Corniche Bâtiment E 06200 NICE	522788496
ROCHE Michel	H2012-03-938	24 rue Maréchal Joffre 06000 NICE	388982019
ROMARY Alice sous la dénomination "Cabinet Conseil et de Formations "Les Hellébores""	H2015-03-1698	Domaine des Palmiers Résidence D3 124 avenue Maurice Chevalier 06150 CANNES LA BOCCA	791236979
SOLANAS Edouard sous la dénomination "DELTA PLUS Formation"	H2012-12-1095	1135 chemin de la Billoire 06640 ST JEANNET	752559112
SOPHIE BONIFAY EHPAD CONSEILS - EHPAD CONSEILS	H2011-10-816	13 avenue de la Verte Pagane 06600 ANTIBES	533434924
VIALE Laurent sous la dénomination "LV CONSEILS"	H2009-11-217	600 route des Cabanes 06140 TOURRETTES SUR LOUP	494385792
13-BOUCHES-DU-RHONE			
A2G CONSEIL	H2009-07-038	26 b rue Pierre Dupré 13006 MARSEILLE	452180235
Abaissons Les Barrières - ALB CONSEIL	H2014-12-1628	3 avenue de Toulon 13120 GARDANNE	534138227
ACS CONSULTANTS	H2011-03-698	23 rue Vacon 13001 MARSEILLE	379227937
ACTECHANGE	H2009-11-321	76 boulevard Françoise Duparc 13004 MARSEILLE	508843612

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
ACTEMOS	H2010-12-616	45 rue Saint-Suffren 13006 MARSEILLE	519303804
ADÉQUATION SANTÉ	H2013-07-1167	54 rue Saint-Ferréol 13001 MARSEILLE	789387255
ALEP COMPAGNIE	H2010-07-468	2 rue des Marseillais 13510 EGUILLES	420470817
ALLOTE Martine	H2012-07-983	2100 chemin de la Commanderie ST JEAN de MALTE 13290 LES MILLES	492405402
APQS	H2018-08-1986	12 rue Jean Roque Le Nouveau Prado 13500 MARTIGUES	424789451
AS CONSULTING	H2012-03-952	34 chemin des Martégaux 13013 MARSEILLE	493603153
ASSOCIATION VIVE - VIVE. Conseil et Formation	H2012-10-1022	5 boulevard Marius Richard 13012 MARSEILLE	517483384
AXE PRO FORMATION	H2011-07-779	InnoPôle Provence, Route de Pelissanne (RD 572) 13300 SALON-DE-PROVENCE	410741581
BALLESTRA Noël sous la dénomination "NOËL JOSEPH BALLESTRA"	H2013-12-1363	117 boulevard Chave 13005 MARSEILLE	791788847
BOUCHAREB Piotr sous la dénomination "C.C.R.E.S"	H2009-11-323	22 rue des Abeilles 13001 MARSEILLE	512311283
BROTTO MICHEL sous la dénomination "QSEO Conseil"	H2017-03-1888	44 traverse Rampal 13012 Marseille	480798172
C.R.I.P. - Centre Régional d'Interventions Psychologiques	H2009-07-053	38 rue Raphaël 13008 MARSEILLE	350231015
CACCHIA Jean-Marc sous la dénomination "JMC CONSULTANT"	H2010-03-379	1 chemin du Maquis 13600 CEYRESTE	435283783
CATEIS	H2009-11-283	5 Rue Charles Duchesne 13290 AIX EN PROVENCE	419867551
CCPAM COLLEGE COOPERATIF PROVENCE ALPES MEDITERRANEE	H2010-03-385	Europôle de l'Arbois Bât Gérard Mégie 50099 13793 AIX-EN-PROVENCE	326115219
CELADON CONSEIL	H2009-07-096	Arteparc de Bachasson rue de la carrière de Bachasson 13590 Meyreuil	480622133
CENTRE EUROPEEN DE LA MEDIATION ET DE LA NEGOCIATION	H2016-03-1814	16 Bd Notre Dame 13006 MARSEILLE 6EME ARRONDISSE	813029527
CHABANNES Nadia sous la dénomination "CABINET EVALLIANCE"	H2010-10-553	1548 chemin du Mas Créma 13940 MOLLEGES	503841017
CONSULT'EVAL	H2015-03-1672	InnoPôle Provence, RD 572, « Les Roquassiers » 13300 SALON DE PROVENCE	539856377
CQFD COORDINATION QUALITE FIABITE DOMICILE	H2013-10-1292	90 rue de Rôme 13006 MARSEILLE	418667655
DESMERO François	H2014-12-1657	1145 route des Aubes 13400 AUBAGNE	477889174
DOME Consulting	H2014-10-1599	9-11 rue Louis BRAILLE 13005 MARSEILLE	503752644
EFECT	H2010-07-485	74 bis cours Gambetta 13100 AIX-EN-PROVENCE	497935320
ELSE CONSULTANTS	H2009-11-124	20 allée Turcat Mery 13008 MARSEILLE	383916392
ENSEMBLE FORMATION ET CONSEIL	H2009-11-121	52 avenue de la Grande Begude 13770 VENELLES	487930109
ESC2 ASSOCIES	H2012-12-1105	2 montée de la Belle France - Domaine des Oliviers 11 13015 MARSEILLE	417902905
ESMS CONSEIL	H2009-07-055	20 allée Turcat Méry - Le Grand Prado 13008 MARSEILLE	425084829

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
ESPACES-MS	H2013-10-1286	Traverse des Pionniers Centre Saint Thys 13010 MARSEILLE	788484483
EVAL & SENS	H2012-12-1116	16 bis Impasse des Indépendants 13013 MARSEILLE	754047249
FLOCH Mireille sous la dénomination "Impulsens"	H2014-03-1413	40 rue FLORALIA Bâtiment K 13009 MARSEILLE	539904342
GENERAL MIDI STUDIO - GMS-Santé	H2014-10-1614	190 avenue Madrague de Montredon 13008 MARSEILLE	404739260
GONCE Marie-Dominique sous la dénomination "FACE à FACE"	H2015-03-1712	Campagne St Honorat 13490 JOUQUES	429494222
GUERNAN Kheira sous la dénomination "Cabinet Guernan"	H2018-03-1955	85 place Jean-Dominique CASSINI Bât B. Centre médical L'Avançado 13100 AIX EN PROVENCE	811928027
GUTOWSKI Marie	H2017-03-1891	131 rue Saint Pierre 13005 Marseille	820641470
IMF - INSTITUT MEDITERRANEEN DE FORMATION	H2010-03-432	50 rue de Village BP 50054 13244 MARSEILLE 1	378911622
ISY CONSEIL	H2013-10-1285	Chemin Sainte Brigitte 13600 LA CIOTAT	794653444
JEANNEAU-SCLS -KÂOHI	H2014-12-1633	19 rue Pierre Brossolette 13960 SAUSSET LES PINS	799510011
MANAGEMENT QUALITE SERVICE	H2009-07-050	165 avenue du Prado 13272 MARSEILLE 8	433365988
MILLIASSEAU FLAUNET Francis sous la dénomination "MILLIASSEAU"	H2018-05-1962	51 RUE MARX DORMOY 13004 MARSEILLE	833768997
MISSIA CONSEIL	H2009-07-041	2 chemin du Pigeonnier 13240 SEPTEMES LES VALLONS	484549779
PARDES CONSEIL	H2014-05-1458	3 rue Daumier 13008 MARSEILLE	797424330
PROFILS - PROFILS CONSULTANTS HOSPITALIERS	H2013-10-1297	27 boulevard de la Corderie 13007 MARSEILLE	451604532
QUALI AND CO	H2014-07-1539	Les Gonines 13520 MAUSSANNE LES ALPILLES	788514214
RECEVEUR Joseph sous la dénomination "RECEVEUR JOSEPH CONSULTANT"	H2015-03-1692	301 chemin de la Perussonne 13400 AUBAGNE	532475407
REGARDS SANTE	H2016-05-1818	132 La Canebiere 13001 MARSEILLE	817758295
RH & ORGANISATION	H2009-11-123	10 place de la Joliette B.P. 13543 13567 MARSEILLE 2	430485201
ROHMER Christophe	H2012-10-1018	4 avenue du Clos Réginel 13160 CHATEAURENARD	752212159
ROUSSEAU Charlotte	H2015-10-1769	10 impasse du Gaz Central Prado bat E 13008 MARSEILLE	805219581
S.A.C.H.A.	H2010-12-621	Centre Hospitalier Chemin des Mille Ecus 13190 ALLAUCH	410057830
SABATINO VERENA sous la dénomination "Vision Coaching"	H2018-03-1953	11 chemin de la baume 13740 LE ROVE	817927676
SEGONNES Estelle	H2011-07-748	26 boulevard Bellevue de la Barasse 13011 MARSEILLE 11EME ARRONDISS	523181626
SINGULIERS & CO	H2010-10-545	54 rue Jean Mermoz 13008 MARSEILLE	493659940
SOCIALYS	H2012-12-1083	3 Ter Chemin des Frères gris 13080 LUYNES - AIX EN PROVENCE	753549831
SRCS	H2014-07-1545	13 Lotissement Clos de la Genetière 13950 CADOLIVE	534249727

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
SUD-EVAL PACA-CORSE	H2010-10-544	33 boulevard de la Liberté 13001 MARSEILLE	500005350
TURRON Ketty sous la dénomination "Atelier HEPTA"	H2014-03-1411	400 chemin du Jas de la Lèbre 13420 GEMENOS	434687976
WEISLO Emmanuel sous la dénomination "SYNOOS"	H2014-05-1506	85 impasse des Vignes Les Passons 13400 AUBAGNE	799974803
WINLINK SAS - WINLINK CONSEIL (PLURISANTE)	H2013-10-1265	13 Avenue Paul Héroult 13015 MARSEILLE	523355865
ZPC ZONE PRODUCT CONSULTING	H2012-12-1080	165 avenue du Prado 13008 MARSEILLE	484066121
83-VAR			
ANELISE ENVIRONNEMENT	H2011-07-751	3 rue Maréchal des Logis Lorenzi 83000 TOULON	523631661
ARNAUD Isabelle sous la dénomination "FORMESENS"	H2012-03-942	951 boulevard Pierre Chavaroche 83340 LE LUC	514731611
ASSOCIATION ALIZES	H2015-05-1719	14 rue Labat 83300 DRAGUIGNAN	448924183
ASSOCIATION ALZHEIMER LES LIBELLULES	H2015-10-1757	374 avenue Jean Lachenaud 83600 FREJUS	448898122
AUSTRALIS	H2010-07-445	639 boulevard des Amaris - Bastide de la Giponne 83100 TOULON	408500866
BELY Clothilde sous la dénomination "BCE Bély Conseil Evaluation"	H2013-10-1312	1700 chemin de Peybert 83720 TRANS EN PROVENCE	442142394
BEN AISSIA Karim sous la dénomination "ES Conseil - Conseils aux entreprises"	H2016-05-1821	57 boulevard Stalingrad 83500 La Seyne sur mer	817724453
BEN SOUSSAN FLORIAN	H2016-10-1848	Villa La Capucine 698 Chemin De Forgentier 83200 TOULON	513596999
BUREAU ACTION QUALITE	H2011-07-801	3970 chemin des Pourraques Quartier San Peyre 83170 BRIGNOLES	500541057
CAPGERIS CONSEIL	H2010-12-619	17 boulevard Pierre Curie Le Paradis Nord 83320 CARQUEIRANNE	522742220
CBO	H2014-12-1659	36 allée des Bergeronnettes 83500 LA SEYNE SUR MER	518400643
CONSEIL AUDIT PROSPECTIVE MEDITERRANEE	H2009-11-257	940 A Chemin de la Mourotte 83560 LA VERDIERE	483204269
EULALIA CONSEIL	H2015-07-1743	24 allée Anatole France 83670 BARJOLS	809919384
FARACHE-JAMET Christine sous la dénomination "Graine d'Eval"	H2011-07-762	Espace Chancel 38, rue du Lieutenant Chancel 83160 LA VALETTE DU VAR	518715149
FORMAC DEVELOPPEMENT	H2010-07-461	13 impasse des Cystes Le Vallon des Cigales, 83390 PIERREFEU DU VAR	490770088
FORMAVAR FORMATION PROFESSIONNELLE - FORMAPRO	H2013-07-1179	245 avenue de l'Université 83160 LA VALETTE DU VAR	788674497
FORMAXTIONS	H2018-03-1950	983 voie Georges Pompidou 83300 Draguignan	824266415
GALLON Elie sous la dénomination "ELIE GALLON CONSULTANT"	H2009-11-175	9 Le vallon Fleuri 756 avenue Pierre et Jean Boulet 83140 SIX FOURS LES PLAGES	400664371
GOARANT Laetitia sous la dénomination "Laetitia Goarant Conseil"	H2014-05-1474	631 chemin des Bousquetiers 83136 NEOULES	529682353

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
HUGUET Gilles	H2010-10-547	Via Aurelia 221 allée des cigalons Apt 15, Bat B2 83550 VIDAUBAN	512322645
I3S - Institut Stratégie Synergie Santé	H2009-11-264	142 Chemin du Fenouillet 83400 HYERES	385053996
ITEM	H2009-07-026	317 impasse des Genevriers Les Palmiers 83000 TOULON	494970023
JTPV CONSULTANTS	H2017-03-1882	32 avenue Brunette Le jardin d'Alexandre 83140 SIX FOURS LES PLAGES	824767800
M P STRATEGIE	H2010-12-644	21 impasse Estelle 83100 TOULON	524345212
MARCHAND LEROUX BERNADETTE sous la dénomination "eval-efficience"	H2016-05-1827	500 B Chemin Défends 1 83340 FLASSANS SUR ISSOLE	389580382
MAUBECQ Anthony sous la dénomination "Yourope Consulting"	H2018-05-1963	5 rue du Sagittaire - Les Chênes Verts – La Bouverie 83520 ROQUEBRUNE SUR ARGENS	820264976
MÔNIER Michel-André sous la dénomination "CITS - CONSEIL ET INTERVENTION - TRAVAIL SOCIAL"	H2012-07-982	Le Kastel A 28 Place Henri Dunant 83400 HYERES	445028822
MORENO Rémy sous la dénomination "MORENO Rémy - Formateur indépendant"	H2017-10-1929	27 avenue du 8 Mai 1945 83390 PIERREFEU DU VAR	804355584
MSA SERVICES PROVENCE AZUR	H2015-05-1724	Centre d'Affaires l'Hexagone, Bâtiment D Chemin de la Viguière 83170 BRIGNOLES	515319937
PANAMA CONSEIL	H2013-03-1135	374 avenue du Val d'Azur 83110 SANARY SUR MER	508907094
PERFORMA-SUD	H2011-12-878	120 rue Garnaud 83140 SIX FOURS LES PLAGES	442151874
PERRIER Stéphanie	H2014-07-1525	le clos jardin bat B 83 rue jean MONNET 83220 LE PRADET	753154111
PHOSPHORE	H2009-07-083	avenue Alfred Kastler - Bâtiment 1 83160 LA VALETTE DU VAR	383088002
POIGNAULT Harvey sous la dénomination "3G CONSULT"	H2013-10-1309	impasse des Argelas 83136 ROCBARON	420259996
POIRIER MUSCAT Marie Lyne sous la dénomination "QUALIT ACCESS"	H2013-10-1249	33 ROND POINT MIRASOULEOU PARC MIRASOULEOU 83100 TOULON	753615640
PREVICONSEIL	H2010-10-534	35 rue Mireille 83000 TOULON	507843779
SCOTTO DI CARLO Nadine	H2014-07-1512	567 allée des Cèdres 83640 PLAN D AUPS STE BAUME	799647789
SV CONSEIL FORMATION	H2016-05-1833	66 Chemin des Galets Quartier La Verne 83500 La Seyne sur Mer	804618510
UP GRADE	H2010-03-422	Château d'Argent bât D 12 avenue du 8 Mai 83400 HYERES	507494342
VALEURS ET STRATEGIE	H2018-05-1973	Vigne Neuve 2 480 Avenue de la Treille 83700 SAINT-RAPHAEL	830255113
VAR CONSULTANT	H2014-07-1537	591 avenue Auguste Renoir 3 Coste Chaude 83500 LA SEYNE SUR MER	800456980
YC COACHING - YC MANAGEMENT – YCCM	H2017-05-1897	60, impasse des Pissacants 83136 ROCBARON	824741813

NOM DES ORGANISMES HABILITÉS	NUMERO D'HABILITATION	ADRESSE	NUMERO SIREN
84-VAUCLUSE			
BETHENCOURT Martine sous la dénomination "MB CONSEIL"	H2010-10-561	7 rue Jules Mazen 84110 VAISON-LA-ROMAINE	523747947
Cabinet ProEthique Conseil	H2009-07-102	1278 D chemin de la Verdière 84140 MONTFAVET	494225980
CO'ADEQUATION	H2010-07-488	139 rue Henri Silvy 84120 PERTUIS	479162174
CONSEIL EVALUATION FORMATION	H2013-12-1344	469 impasse des Violettes 84200 CARPENTRAS	797601085
DOMICILE INNOVATION -DOM'INNO	H2014-10-1596	135 avenue Pierre Semard MIN Bâtiment H1 84000 AVIGNON	409436094
FLAMION PIERRE sous la dénomination "FORMATIONS PIERRE FLAMION"	H2017-12-1932	10 AVENUE DE LA CROIX ROUGE 84000 AVIGNON	510127350
GILLARDO Patricia sous la dénomination "GILLARDO CONSEIL ENTREPRISE"	H2009-11-279	552 route des Transhumances 84530 VILLELAURE	509059275
JAKUBOWSKI Fabienne	H2010-12-601	Quartier Les Jassines Sud 84480 LACOSTE	500505771
KAIROS DEVELOPPEMENT	H2010-03-423	92 impasse des Grandes Terres 84450 SAINT SATURNIN LES AVIGNON	503375149
PAUCHET Marc sous la dénomination "CAMEO conseil"	H2014-10-1580	58 allée des Mayres 84320 ENTRAIGUES SUR LA SORGUE	801981473
SL CONSULTING - Cabinet CONSILIUM	H2017-05-1907	17, Boulevard Champfleury 84000 AVIGNON	810425199
REUNION			
JET Conseil	H2013-12-1372	23 rue Tourette 97400 ST DENIS	478735293
JULLIARD Guy sous la dénomination "Cabinet NEO"	H2012-12-1092	6 impasse Héliotropes 97411 BOIS DE NEFLES ST PAUL	349079640
SOUFFRIN Emmanuel sous la dénomination "ESOI - ETUDES ETHNOCOSIOLOGIQUES DE L'OCEAN INDIEN"	H2009-11-242	1 chemin des Vandas 97417 LA MONTAGNE	430381095
SYNERGIUM CONSEIL	H2014-07-1550	38 route de Savannah 97460 ST PAUL	793532284
TESSIER Christian	H2014-05-1481	Le Verger n°15 38b rue Evariste de Parny 97419 LA POSSESSION	797685435
SUISSE			
SEMINO ARTE	H2011-03-716	Chemin Champs Colomb 26 - 1438 MATHOD	Registre du Commerce du canton de Vaud n°CH-550-1012308-3

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

CNAM
Caisse nationale de l'assurance maladie

Délégation de signature de la Caisse nationale de l'assurance maladie

NOR : *SSAX1830439X*

Direction générale.

Cabinet du directeur général.

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

Direction de l'information et de la communication.

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

DIRECTION GÉNÉRALE (DIR)

Mme Aurélie LE SUEUR

Décision du 28 juin 2018

En l'absence de M. le directeur général, délégation générale temporaire de signature est accordée à Mme Aurélie LE SUEUR, la secrétaire générale de la Caisse nationale de l'assurance maladie, pour la période du 30 juillet 2018 au 14 août 2018 inclus.

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

Signé : Nicolas REVEL, directeur général.

CABINET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL (CABDIR)

Mme Delphine CHAMPETIER DE RIBES CHRISTOFLE

Décision du 27 mai 2018

La délégation de signature accordée à Mme Delphine CHAMPETIER DE RIBES CHRISTOFLE par décision du 1er septembre 2015 est abrogée au 27 mai 2018 au soir.

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

Signé : Nicolas REVEL, directeur général.

DIRECTION DÉLÉGUÉE À LA GESTION ET À L'ORGANISATION DES SOINS (DDGOS)

DIRECTION DE L'OFFRE DE SOINS (DOS)

DÉPARTEMENT DES PROFESSIONS DE SANTÉ (DPROF)

Mme Hedda WEISSMANN

Décision du 18 mai 2018

La délégation de signature accordée à Mme Hedda WEISSMANN par décision du 21 novembre 2014 est abrogée au 18 mai 2018 au soir.

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

Signé : Nicolas REVEL, directeur général.

M. Franck de RABAUDY

Décision du 18 mai 2018

Délégation de signature est accordée à M. Franck de RABAUDY, responsable du département des professions de santé, DDGOS/DOS, pour signer :

- la correspondance courante émanant du département des professions de santé, à l'exclusion :
  - des circulaires, lettres réseau, enquêtes/questionnaires ;
  - des lettres qui, par nature, doivent être signées par le directeur général et par la directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins ;
- les états de frais et pièces justificatives correspondant aux déplacements des membres des instances pour lesquels des accords d'indemnisation existent ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par le département concerné ;
- les ordres de dépenses, titres de recettes, ordres de reversement, engagements, dégagements et pièces justificatives correspondantes, ainsi que toute pièce comptable concernant le fonds des actions conventionnelles, allant jusqu'à 5 millions d'euros, à l'exception des dotations allouées aux CPAM et CGSS au titre de l'indemnisation de la formation médicale continue des biologistes, sages-femmes et professions libérales ;
- les ordres de dépenses, allant jusqu'à 5 millions d'euros, et les pièces justificatives correspondantes, relatifs au développement professionnel continu financés sur le Fonds national de l'assurance maladie ;
- les états exécutoires pris pour la récupération de créances relevant du fonds des actions conventionnelles, allant jusqu'à 5 millions d'euros ;
- les attributions et notifications des dotations aux CPAM, CARSAT, CRAM d'Île-de-France et CGSS, accordées dans le cadre du fonds des actions conventionnelles ;
- les délibérations des instances paritaires nationales prévues par les conventions en vigueur.

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

Signé : Nicolas REVEL, directeur général.

DÉPARTEMENT DES PRODUITS DE SANTÉ (DPROD)

Mme Paule KUJAS

Décision du 2 juillet 2018

En cas d'absence ou d'empêchement du responsable du département des produits de santé, DDGOS/DOS, délégation de signature est accordée à Mme Paule KUJAS, son adjointe, pour signer :

- la correspondance courante émanant du département des produits de santé, à l'exclusion :
  - des circulaires, lettres réseau, enquêtes/questionnaires ;
  - des lettres qui, par nature, doivent être signées par le directeur général, la directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins et le directeur de l'offre de soins ;
- les états de frais et pièces justificatives correspondant aux déplacements des membres des instances pour lesquels des accords d'indemnisation existent ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par le département concerné ;
- les ordres de dépenses, titres de recettes, ordres de reversement, engagements, dégagements et pièces justificatives correspondantes et toute pièce comptable concernant le Fonds national de l'assurance maladie pour l'ANTADIR ainsi que toute autre opération relevant de ses attributions, allant jusqu'à 5 millions d'euros ;
- les opérations de trésorerie de la gestion assurance maladie pour l'ANTADIR et toute autre opération relevant de ses attributions, allant jusqu'à 5 millions d'euros.

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

Signé : Nicolas REVEL, directeur général.

DIRECTION DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION (DICOM)

Mme Geneviève CHAPUIS

Décision du 4 mai 2018

La délégation de signature accordée à Mme Geneviève CHAPUIS par décision du 17 novembre 2014 est abrogée au 4 mai 2018 au soir.

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

Signé : Nicolas REVEL, directeur général.

SANTÉ

PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 11 juin 2018 portant nomination d'assesseurs suppléants à la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des infirmiers

NOR : *SSAS1830410A*

La ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article R. 145-8 ;

Vu la proposition en date du 23 mai 2018 du médecin-conseil national de la Caisse nationale de l'assurance maladie,

Arrête :

Article 1er

Le docteur Anne de Haut de SIGY est nommée assesseur suppléant à la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des infirmiers au titre des représentants proposés par le médecin-conseil national de la Caisse nationale de l'assurance maladie.

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 11 juin 2018.

Pour la ministre et par délégation :
Le chef de service,
adjoint à la directrice de la sécurité sociale,
JONATHAN BOSREDON

SANTÉ

PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 11 juin 2018 portant nomination d'assesseurs suppléants à la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des pédicures-podologues

NOR : *SSAS1830412A*

La ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article R. 145-8 ;

Vu la proposition en date du 23 mai 2018 du médecin-conseil national de la Caisse nationale de l'assurance maladie,

Arrête :

Article 1er

Sont nommées assesseurs à la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des pédicures-podologues au titre des représentants proposés par le médecin-conseil national de la Caisse nationale de l'assurance maladie :

Docteur Béatrice RIO, en tant que titulaire.

Docteur Nathalie DELERUE, en tant que suppléante.

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 11 juin 2018.

Pour la ministre et par délégation :
Le chef de service,
adjoint à la directrice de la sécurité sociale,
JONATHAN BOSREDON

SANTÉ

PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 11 juin 2018 portant nomination d'assesseurs suppléants à la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des sages-femmes

NOR : *SSAS1830413A*

La ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article R. 145-8 ;

Vu la proposition en date du 23 mai 2018 du médecin-conseil national de la Caisse nationale de l'assurance maladie,

Arrête :

Article 1er

Sont nommées assesseurs à la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des sages-femmes au titre des représentants proposés par le médecin-conseil national de la Caisse nationale de l'assurance maladie :

Docteur Béatrice RIO, en tant que titulaire.

Docteur Anne de Haut de SIGY, en tant que suppléante.

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 11 juin 2018.

Pour la ministre et par délégation :
Le chef de service,
adjoint à la directrice de la sécurité sociale,
JONATHAN BOSREDON

SANTÉ

PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 11 juin 2018 portant nomination d'assesseurs suppléants à la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des médecins

NOR : *SSAS1830414A*

La ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article R. 145-8 ;

Vu la proposition en date du 23 mai 2018 du médecin-conseil national de la Caisse nationale de l'assurance maladie,

Arrête :

Article 1er

Sont nommées assesseurs à la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des médecins au titre des représentants proposés par le médecin-conseil national de la Caisse nationale de l'assurance maladie :

Docteur Béatrice RIO, en tant que titulaire.

Docteur Anne de Haut de SIGY, en tant que suppléante.

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 11 juin 2018.

Pour la ministre et par délégation :
Le chef de service,
adjoint à la directrice de la sécurité sociale,
JONATHAN BOSREDON

SANTÉ

PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 11 juin 2018 portant nomination d'assesseurs suppléants à la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des médecins

NOR : *SSAS1830415A*

La ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article R. 145-8 ;

Vu la proposition en date du 29 mars 2018 du médecin-conseil national de la mutualité sociale agricole,

Arrête :

Article 1er

Sont nommés assesseurs à la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des médecins au titre des représentants proposés par le médecin-conseil national de la mutualité sociale agricole en qualité de suppléants les docteurs Jean HOUSSINOT, Marie-Claire GIRARDIN et Nathalie QUILLON-CORCELLA.

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 11 juin 2018.

Pour la ministre et par délégation :
Le chef de service,
adjoint à la directrice de la sécurité sociale,
JONATHAN BOSREDON

SANTÉ

PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 12 juin 2018 portant nomination d'assesseurs à la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes

NOR : *SSAS1830411A*

La ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article R. 145-8 ;

Vu la proposition en date du 23 mai 2018 du médecin Conseil national de la Caisse nationale de l'assurance maladie,

Arrête :

Article 1er

Sont nommées assesseurs à la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes au titre des représentants proposés par le médecin-conseil national de la Caisse nationale de l'assurance maladie :

Docteur Béatrice RIO, en tant que titulaire.

Docteur Anne de Haut de SIGY, en tant que suppléante.

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 12 juin 2018.

Pour la ministre et par délégation :
Le chef de service,
adjoint à la directrice de la sécurité sociale,
JONATHAN BOSREDON

SANTÉ

PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 10 juillet 2018 modifiant l'arrêté du 17 novembre 2015 portant nomination des membres du Haut Conseil des professions paramédicales

NOR : *SSAH1830446A*

La ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment l'article D. 4381-3 ;

Vu l'arrêté du 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 I :

a) Mme Florence DEDIEU, Fédération nationale des syndicats des services de santé et services sociaux – CFDT, est nommée en remplacement de Mme Agnès GEANTOT, Fédération nationale des syndicats des services de santé et services sociaux – CFDT (1er suppléant) ;

b) Mme Brigitte ZIMMERMANN, Fédération nationale des syndicats des services de santé et services sociaux – CFDT, est nommée en remplacement de Mme Nicole PERUEZ, Fédération nationale des syndicats des services de santé et services sociaux – CFDT (2d suppléant).

2° Au VI, M. Frédéric VEZINHET, Conseil national de l'ordre des infirmiers, est nommé en remplacement de M. Olivier DRIGNY, Conseil national de l'ordre des infirmiers (1er 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 2018.

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

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 19 juin 2018 fixant le montant des ressources d'assurance maladie dû au service de santé des armées au titre de l'activité déclarée au mois de mars 2018

NOR : *SSAH1830428A*

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

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 1er décembre 2017 modifiant l'arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse ;

Vu l'arrêté du 28 février 2018 fixant pour l'année 2018 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ;

Vu les relevés d'activité transmis, pour le mois de mars 2018, les 2 et 4 mai 2018, par le service de santé des armées,

Arrêtent :

Article 1er

Au titre de l'activité déclarée pour le mois de mars 2018, la somme à verser par la caisse nationale militaire de sécurité sociale au service de santé des armées est arrêtée à 28 152 604,07 €, dont 0 € au titre de l'année 2017, soit :

1. 25 973 270,22 € au titre de la part tarifée à l'activité, se décomposant comme suit :
   21 844 109,89 € au titre des forfaits « groupes homogènes de séjours » (GHS) et de leurs suppléments, dont 0 € au titre de l'année 2017 ;
   10 966,01 € au titre des forfaits « prélèvements d'organe » (PO) ;
   1 414,55 € au titre des forfaits « interruptions volontaires de grossesse » (IVG) ;
   292 576,11 € au titre des forfaits « accueil et traitement des urgences » (ATU) ;
   55 899,19 € au titre des forfaits « sécurité et environnement hospitalier » (SE) ;
   3 768 304,47 € au titre des actes et consultations externes (ACE).
2. 1 550 555,39 € 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 :
   1 511 921,65 € au titre des « médicaments séjour », dont 0 € au titre de l'année 2017 ;
   36 396,96 € au titre des « médicaments ATU séjour », dont 0 € au titre de l'année 2017 ;
   2 236,78 € au titre des « médicaments en externe (médicaments ACE) ».

3. 628 778,46 € au titre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, dont 0 € au titre de l'année 2017.
4. 0 € au titre des forfaits « prestations intermédiaires » (PI).

Article 2

La somme à verser par les caisses relais de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale est arrêtée à 17 389,79 € au titre de la valorisation de l'activité liée aux patients relevant de l'aide médicale de l'État (AME), dont 0 € au titre de l'année 2017.

Article 3

La somme à verser par les caisses relais de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale est arrêtée à 0 € au titre de la valorisation de l'activité liée aux soins urgents (SU).

Article 4

La somme à verser par les caisses relais de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale est arrêtée à 758,73 € au titre de la valorisation de l'activité liée aux soins pour les détenus, dont 0 € au titre de l'année 2017.

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 19 juin 2018.

Pour la ministre des solidarités
et de la santé et par délégation :
Le sous-directeur de la régulation
de l'offre de soins,
THOMAS DEROCHE

Pour le ministre de l'action
et des comptes publics et par délégation :
Le sous-directeur du financement
du système de soins,
THOMAS WANECQ

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 29 juin 2018 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 2018

NOR : *SSAH1830435A*

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

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 1er décembre 2017 modifiant l'arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse ;

Vu l'arrêté du 28 février 2018 fixant pour l'année 2018 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 2018, le 5 juin 2018, par le service de santé des armées,

Arrêtent :

Article 1er

Au titre de l'activité déclarée pour le mois d'avril 2018, la somme à verser par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale au service de santé des armées est arrêtée à 25 465 847,84 €, dont 0 € au titre de l'année 2017, soit :

1. 23 183 928,65 € au titre de la part tarifée à l'activité, se décomposant comme suit :
   19 648 082,38 € au titre des forfaits « groupes homogènes de séjours » (GHS) et de leurs suppléments, dont 0 € au titre de l'année 2017 ;
   0 € au titre des forfaits « prélèvements d'organe » (PO) ;
   792,15 € au titre des forfaits « interruptions volontaires de grossesse » (IVG) ;
   245 461,29 € au titre des forfaits « accueil et traitement des urgences » (ATU) ;
   50 865,64 € au titre des forfaits « sécurité et environnement hospitalier » (SE) ;
   3 238 727,19 € au titre des actes et consultations externes (ACE).
2. 1 606 635,24 € 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 :
   1 418 497,50 € au titre des « médicaments séjour », dont 0 € au titre de l'année 2017 ;
   185 782,17 € au titre des « médicaments ATU séjour » dont 0 € au titre de l'année 2017 ;

2 355,57 € au titre des « médicaments en externe (médicaments ACE) ».

3. 675 283,95 € au titre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, dont 0 € au titre de l'année 2017.
4. 0 € au titre des forfaits « prestations intermédiaires » (PI).

Article 2

La somme à verser par les caisses relais de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale est arrêtée à 23 406,83 € au titre de la valorisation de l'activité liée aux patients relevant de l'aide médicale de l'État (AME), dont 0 € au titre de l'année 2017.

Article 3

La somme à verser par les caisses relais de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale est arrêtée à 0 € au titre de la valorisation de l'activité liée aux soins urgents (SU).

Article 4

La somme à verser par les caisses relais de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale est arrêtée à 7 201,91 € au titre de la valorisation de l'activité liée aux soins pour les détenus, dont 0 € au titre de l'année 2017.

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 2018.

Pour la ministre des solidarités
et de la santé et par délégation :
Le sous-directeur de la régulation
de l'offre de soins,
THOMAS DEROCHE

Pour le ministre de l'action
et des comptes publics et par délégation :
Le sous-directeur du financement
du système de soins,
THOMAS WANECQ

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 (PF)

Instruction n° DGOS/PF/2018/146 du 14 juin 2018 relative à l'accompagnement des établissements de santé pour la mise en œuvre du programme SIMPHONIE (simplification du parcours administratif hospitalier par la numérisation des informations échangées)

NOR : *SSAH1816626J*

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 8 juin 2018. – Visa CNP 2018-50.

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 précise les modalités d'accompagnement à la mise en œuvre du programme SIMPHONIE et les enveloppes financières allouées pour l'année 2018 aux établissements de santé qui s'engagent dans le programme au titre de sa généralisation.

Mots clés : accompagnement financier – aides à la contractualisation – établissement de santé – sécurisation des recettes – pilotage financier – facturation – recouvrement – trésorerie – facturation individuelle des établissements de santé (FIDES) – consultation des droits intégrée (CDRi) – remboursement des organismes complémentaires (ROC) – paiement par carte bancaire à l'hôpital (DIAPASON).

Références :

Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, notamment son article 65 ;

Instruction interministérielle DGOS/PF/DGFP/CL1A n° 2014-173 du 30 mai 2014 relative aux modalités de déploiement de la facturation individuelle (FIDES) dans les établissements de santé publics et privés non lucratifs ayant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et aux modalités de déploiement du protocole d'échange standard PES V2 et de dématérialisation des opérations en comptabilité publique des établissements publics de santé ;

Instruction DGOS/PF1/2016/82 du 18 mars 2016 relative au programme SIMPHONIE, aux 3 projets portant sur le parcours administratif des patients et à la sélection des établissements de santé publics et privés non lucratifs pour l'année 2016.

Annexes :

Annexe 1. – Rappels sur le contenu du programme SIMPHONIE et calendrier.

Annexe 2. – Critères d'éligibilité au soutien financier.

Annexe 3. – Critères de financement.

Annexe 4. – Feuille de route des acteurs du programme et leur rôle.

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

1. **Rappel des objectifs du programme SIMPHONIE**

1.1. *Finalités du programme SIMPHONIE*

Le programme SIMPHONIE (simplification du parcours administratif hospitalier par la numérisation des informations échangées) a pour objectif de sécuriser les recettes des établissements de santé pour l'ensemble des tiers-débiteurs (assurance maladie obligatoire, organismes d'assurance maladie complémentaires, patient et débiteurs de recettes diverses) et diminuer la charge administrative des professionnels et des patients.

Il s'inscrit dans un contexte à forts enjeux :

– la généralisation de la facturation individuelle des établissements de santé du versant séjour (FIDES séjours) au plus tard le 1er mars 2022 inscrite dans l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018 ;
– l'exigence d'un meilleur recouvrement du reste à charge de la part patient (près de la moitié du montant à la charge patient n'est pas recouvrée au bout d'un an, soient 550 millions d'euros par an pour les seuls établissements publics).

Le programme vise à optimiser la chaîne accueil – facturation – recouvrement – gestion de la trésorerie (AFRT) sur l'ensemble de l'activité hospitalière en :

– simplifiant fortement les processus AFRT tant pour les professionnels que les patients ;
– dématérialisant les échanges liés aux processus AFRT ;
– automatisant les tâches pour concentrer les moyens hospitaliers sur les actions à plus forte valeur ajoutée.

1.2. *Structuration du programme SIMPHONIE*

Le programme SIMPHONIE s'inscrit dans une double démarche :

– au niveau national, la structuration d'un ensemble de dispositifs pour répondre aux finalités du programme :
  – outils numériques permettant de dématérialiser les échanges et automatiser l'ensemble de la chaîne accueil – facturation – recouvrement – gestion de la trésorerie ;
  – supports méthodologiques, capitalisant sur les bonnes pratiques, afin d'outiller la réflexion stratégique et métier des établissements pour simplifier les processus ;
  – dispositifs de conduite du changement pour faciliter l'évolution des métiers et des compétences et accompagner la professionnalisation des équipes ;
– au niveau local, la mise en œuvre du programme SIMPHONIE par les établissements dans le cadre d'une démarche structurée :
  – révision des processus métiers sur la chaîne AFRT ;
  – intégration des outils numériques ;
  – accompagnement à la conduite du changement auprès des professionnels ;
  – mise en place d'un pilotage de l'efficience de la chaîne AFRT.

1.3. *Présentation des outils numériques ROC, DIAPASON et module de pilotage de la facturation*

a) Remboursement aux organismes complémentaires (ROC)

ROC (remboursement aux organismes complémentaires) est une norme d'échange commune qui permet la dématérialisation et la standardisation des échanges entre les établissements de santé, les complémentaires santé et la DGFIP. Cinq services en ligne sont mis à disposition : un annuaire des complémentaires santé, l'identification des droits du bénéficiaire auprès de sa complémentaire, la simulation du reste à charge du patient, le calcul du montant pris en charge par la complémentaire santé, et l'annulation d'un calcul.

b) Généralisation du paiement par carte bancaire à l'hôpital (DIAPASON)

DIAPASON (débit intervenant après le parcours de soins) est une solution innovante de paiement par carte bancaire. Elle rend possible le paiement différé et sécurisé par le patient après sa sortie.

c) Module de pilotage de la chaîne accueil – facturation – recouvrement

Le module de pilotage a pour objectif de standardiser un jeu d'indicateurs de suivi de la chaîne AFRT pour chaque établissement. Le module sera directement intégré aux logiciels métiers des établissements.

L'ensemble des dispositifs du programme est présenté en annexe 1.

1.4. *Calendrier du programme SIMPHONIE*

Le programme SIMPHONIE est aujourd'hui dans une étape de transition entre :

– une phase de capitalisation sur les expérimentations menées depuis 2015 ;
– une phase de préparation à la généralisation du programme à tous les établissements de santé.

Le calendrier national sur la structuration des dispositifs du programme est présenté en annexe 1.

1.5. *Rôle des acteurs du programme SIMPHONIE*

a) Synthèse des acteurs du programme et de leur rôle

	ACTEURS	STRUCTURATION DES DISPOSITIFS	MISE EN ŒUVRE
National	DGOS, ASIP, ANAP et ATIH	► Définition du cadre d'expérimentation et de généralisation des outils numériques ► Production de supports méthodologiques et actions de conduite du changement ► Suivi de l'avancement du programme	► Animation et communication ► Soutien financier des établissements dans la mise en œuvre ► Appui auprès des établissements dans l'appropriation des outils ► Structuration d'une offre d'accompagnement opérationnel
Régional	Agences régionales de santé	► Alimentation des réflexions nationales ► Promotion et animation du programme auprès des établissements	► Choix des établissements pouvant bénéficier d'un appui financier ► Appui auprès des établissements dans l'appropriation des outils ► Suivi de la généralisation régionale du programme
Local	GHT/établissements de santé	► Co-construction des dispositifs ► Participation aux expérimentations	► Mise en œuvre des différents dispositifs du programme

b) Rôle des agences régionales de santé

Les agences régionales de santé ont un rôle essentiel à jouer dans la phase de généralisation du programme. En effet, il est indispensable que les établissements soient à la fois sensibilisés aux enjeux de l'optimisation de la chaîne AFRT mais aussi accompagnés dans la mise en œuvre du programme.

Leur feuille de route, tant sur la structuration des dispositifs nationaux que sur la mise en œuvre du programme, est présentée de manière détaillée en annexe 4.

2. **Modalités de choix des établissements pouvant bénéficier d'un appui financier**

Pour appuyer les établissements de santé dans la mise en œuvre du programme SIMPHONIE, un accompagnement financier national de 4 millions d'euros est mobilisé pour l'année 2018.

2.1. *Domaines d'accompagnement financier*

L'accompagnement financier est destiné aux établissements s'engageant dans la généralisation des différents volets du programme :

- ROC : acquisition des produits de certification de l'IGC-Santé de l'ASIP Santé, révision des organisations, formation de premier niveau des agents, gestion de projet ;
- DIAPASON : acquisition des produits de certification de l'IGC-Santé de l'ASIP Santé, installation de la solution dans le SI de l'établissement, commande de terminaux de paiements dans le cadre du marché national porté par la CAIH, révision des organisations (et notamment mise en place d'une régie de recettes), formation de premier niveau des agents, gestion de projet ;
- Module de pilotage de la facturation : déploiement du module de pilotage de la facturation pour la production automatisée d'un tableau de bord « pilotage chaine AFR », dans le respect des préconisations contenues dans le cahier des charges édité en 2017 ;
- Révision des modalités d'organisation pour la sécurisation des recettes : révision des organisations et des processus cibles de la chaine AFRT, élaboration du plan d'actions pour atteindre l'organisation cible définie, formation de premier niveau des agents.

2.2. *Modalités de financement de la généralisation*

Cet accompagnement financier repose sur des crédits d'aide à la contractualisation versés à l'établissement, selon le barème forfaitaire national suivant :

	GÉNÉRALISATION
ROC	15 000 €
DIAPASON	4 000 €
Module de pilotage de la facturation	4 000 €
Révision des modalités d'organisation pour la sécurisation des recettes	20 000 €

Pour chaque projet (un même établissement pouvant être accompagné au titre de plusieurs projets), le versement est octroyé dès l'atteinte des critères de financement présentés en annexe 3. Les crédits pourront être délégués lors de la deuxième circulaire de campagne budgétaire.

2.3. *Procédure relative au choix des établissements bénéficiant d'un accompagnement financier*

La DGOS transmettra à chaque ARS, après la publication de l'instruction, une liste des établissements de sa région et un nombre indicatif d'établissements à retenir. Ces établissements auront été pré-sélectionnés sur la base des critères d'éligibilité détaillés en annexe 2.

Les ARS choisissent les projets qui seront accompagnés pour un même établissement. La liste des projets choisis par l'ARS est à communiquer à la DGOS par voie électronique (dgos-simphonie@sante.gouv.fr et dgos-pf5@sante.gouv.fr) au plus tard le 30 juillet 2018.

Les établissements choisis communiquent à l'ARS et à la DGOS par voie électronique les pièces identifiées en annexe 3 au plus tard le 30 septembre 2018. Cette transmission conditionne la délégation des fonds, prévus par les circulaires budgétaires 2018 de délégation des crédits d'aides à la contractualisation.

Par ailleurs, chaque ARS est chargée d'assurer le suivi de l'avancement des projets.

*
* *

Je vous prie de bien vouloir assurer la diffusion de cette instruction et de ses annexes à vos services et aux établissements de santé.

Je vous invite à me faire part des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans sa mise en œuvre.

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

Pour la ministre et par délégation :

La directrice générale de l'offre de soins,
C. Courreges

La secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales,
S. Fourcade

ANNEXE 1

RAPPELS SUR LE CONTENU DU PROGRAMME SIMPHONIE ET CALENDRIER

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

STRUCTURATION DU PROGRAMME

Le programme SIMPHONIE s'inscrit dans une double démarche :

Au niveau national, structuration des dispositifs du programme

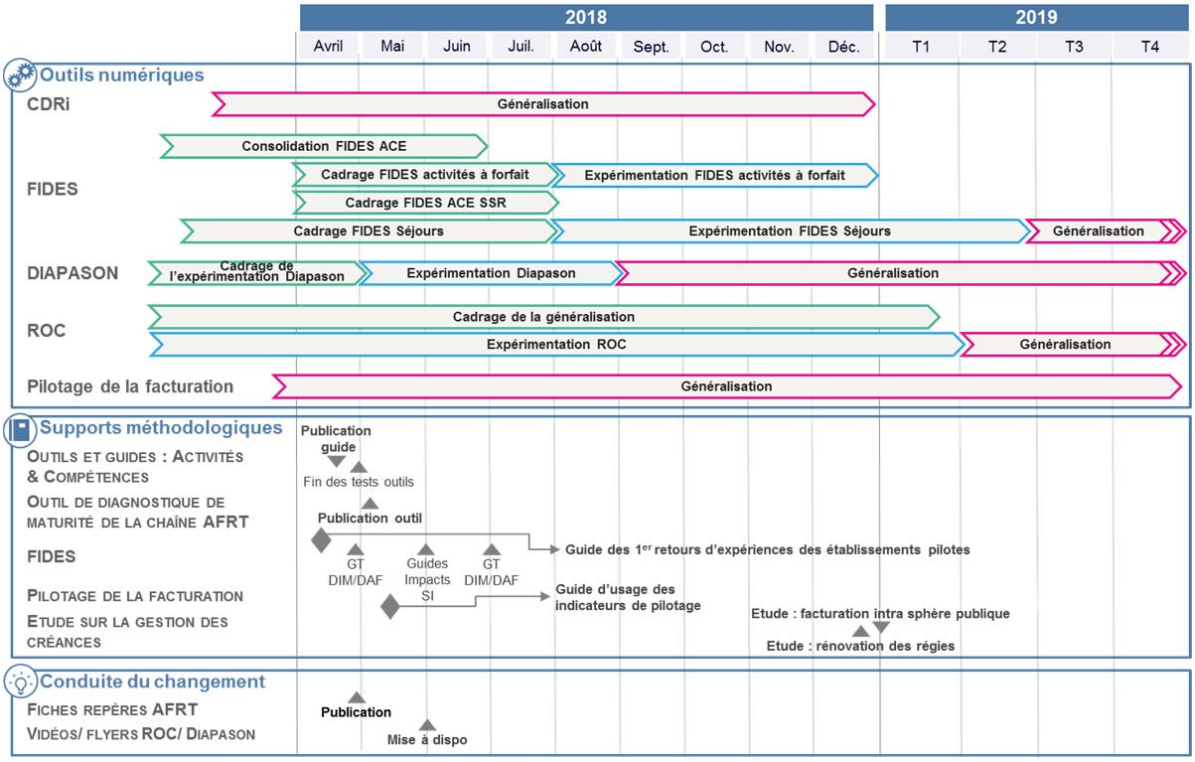
- **Outils numériques de dématérialisation et d'automatisation de la chaîne accueil – facturation – recouvrement et de la gestion de trésorerie**
- **Supports méthodologiques, capitalisant sur les bonnes pratiques, afin d'outiller la réflexion stratégique et métier des établissements en matière de simplification des processus**
- **Dispositifs de conduite du changement pour faciliter l'évolution des métiers et des compétences**

Au niveau local, mise en œuvre du programme par les établissements

- **Révision des processus métier sur la chaîne AFRT**
- **Intégration des outils numériques**
- **Accompagnement à la conduite du changement auprès des professionnels**
- **Mise en place d'un pilotage de l'efficience de la chaîne d'accueil, de facturation et de recouvrement et de gestion de trésorerie**

Où en sommes-nous aujourd'hui

- **Le programme SIMPHONIE est aujourd'hui dans une double phase de capitalisation sur les expérimentations menées depuis 2015 par un certain nombre d'établissements et de préparation de la généralisation du programme à l'ensemble des établissements de santé.**



ANNEXE 2

CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ AU SOUTIEN FINANCIER

Les établissements doivent remplir les critères d'éligibilité déclinés par projet :

Projet	Critères d'éligibilité
ROC	• les établissements de santé visés au a, b, c du 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant une activité de médecine, chirurgie et obstétrique • les établissements de santé ayant des enjeux financiers importants sur les restes à recouvrer des organismes complémentaires • les établissements de santé ayant un logiciel de gestion administrative des malades à jour du cahier des charges ROC[1] au plus tard le 31 décembre 2019
DIAPASON	• les établissements de santé visés au a, b, c du 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant une activité de médecine, chirurgie et obstétrique • les établissements de santé ayant des enjeux financiers importants sur les restes à recouvrer des patients • les établissements de santé ayant un logiciel de gestion administrative des malades à jour du cahier des charges DIAPASON[2] au plus tard le 31 décembre 2018
Module de pilotage de la facturation	• les établissements de santé ayant une activité de médecine, chirurgie et obstétrique • les établissements de santé ayant un logiciel de gestion administrative des malades à jour du cahier des charges à destination des éditeurs relatif au module de pilotage de la chaîne accueil, facturation et recouvrement[3] au plus tard le 30 juin 2019
Révision des modalités d'organisation pour la sécurisation des recettes	• les établissements de santé visés au a, b, c du 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant une activité de médecine, chirurgie et obstétrique • les établissements de santé ayant des enjeux financiers importants sur la sécurisation des recettes

[1] Le guide d'implémentation à destination des éditeurs hospitaliers est disponible sur le site du ministère : http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/simphonie

[2] Les spécifications fonctionnelles et techniques de DIAPASON et les spécifications du standard d'échange GAP-PA/PSP sont disponibles sur simple demande auprès de l'équipe SIMPHONIE

[3] Le cahier des charges du module de pilotage de la chaîne d'Accueil-Facturation-Recouvrement à destination des éditeurs publié en janvier 2017 est disponible dans l'espace documentaire de la communauté SIMPHONIE : https://communautesimphonie.sharepoint.com/sites/Simphonie

ANNEXE 3

CRITÈRES DE FINANCEMENT

Chaque établissement retenu rendra compte de l'avancement de son projet à l'ARS sur la base des critères de financement détaillés par projet.

Projet	Critères de financement
ROC	• le plan projet qui comprend le nom du chef de projet, la comitologie et le calendrier détaillant la date d'installation de la solution et le démarrage en environnement réel • la transmission des résultats de l'outil de diagnostic de la maturité des établissements disponible sur le site de l'ANAP (www.anap.fr) • la transmission des résultats de l'outil réalisé par l'ASIP Santé dans le cadre de l'étude des impacts[1] métiers des outils numériques SIMPHONIE publiée en 2017 • l'acquisition des produits de certification de l'infrastructure de gestion de clés IGC-Santé[2] de l'ASIP Santé nécessaires au dispositif
DIAPASON	• le plan projet qui comprend le nom du chef de projet, la comitologie et le calendrier détaillant la date d'installation de la solution et le démarrage en environnement réel • la transmission des résultats de l'outil de diagnostic de la maturité des établissements disponible sur le site de l'ANAP (www.anap.fr) • la transmission des résultats de l'outil réalisé par l'ASIP Santé dans le cadre de l'étude des impacts métiers des outils numériques SIMPHONIE publiée en 2017 • l'atteinte des prérequis définis dans le guide de référence pour la mise en œuvre de DIAPASON par les expérimentateurs[3] réalisé par l'ASIP Santé
Module de pilotage de la facturation	• la transmission des résultats de l'outil de diagnostic de la maturité des établissements disponible sur le site de l'ANAP (www.anap.fr) • le calendrier de déploiement d'un module de pilotage de la facturation dans le respect des préconisations contenues dans le cahier des charges[4] édité en 2017 au plus tard au 30.06.2019
Révision des modalités d'organisation pour la sécurisation des recettes	• le plan projet qui comprend qui comprend : le nom du chef de projet, la comitologie et le calendrier des travaux pour la mise en place d'une révision des organisations et des processus cibles de la chaîne AFRT au plus tard au 30.06.2019 • la transmission des résultats de l'outil de diagnostic de la maturité des établissements disponible sur le site de l'ANAP (www.anap.fr) • la transmission des résultats de l'outil réalisé par l'ASIP Santé dans le cadre de l'étude des impacts métiers des outils numériques SIMPHONIE publiée en 2017 • l'engagement de transmission à la DGOS des livrables (processus cibles de la chaîne AFRT, plan d'action) au plus tard au 30.06.2019

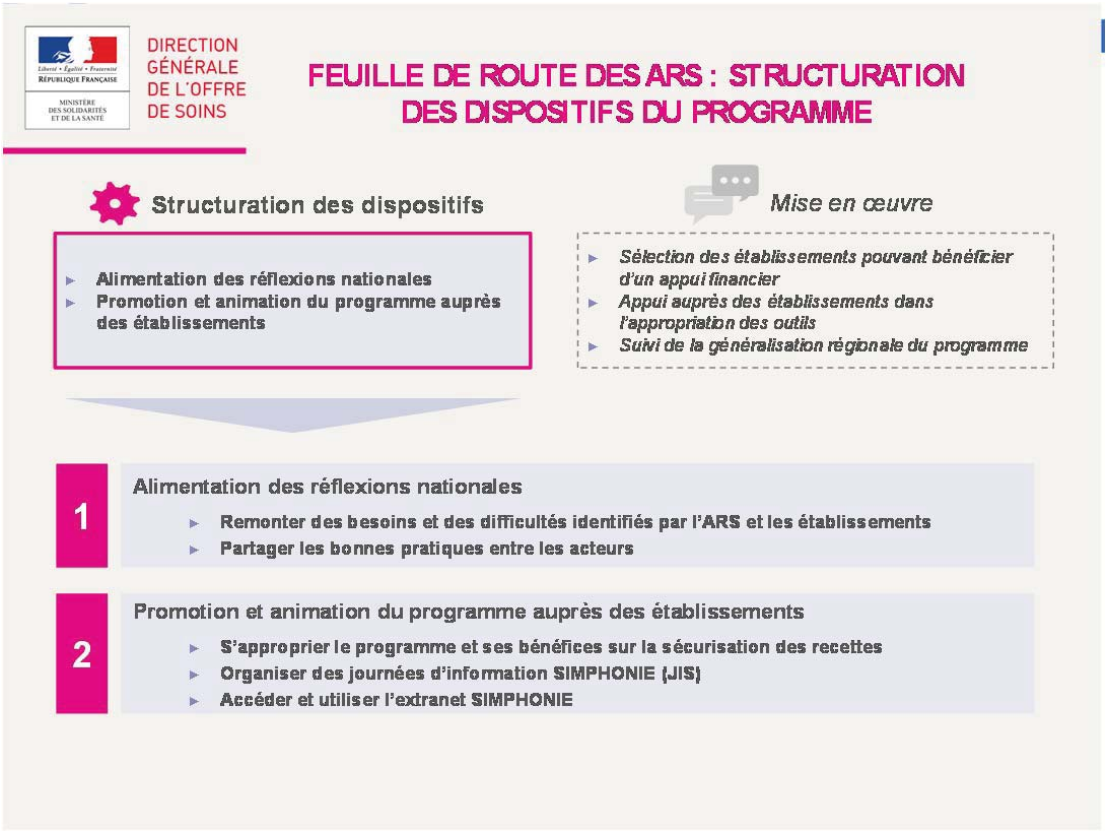
[1] L'outil de calcul et l'étude des impacts métiers des outils numériques SIMPHONIE sont disponibles dans l'espace documentaire de la communauté SIMPHONIE https://communautesimphonie.sharepoint.com/sites/Simphonie

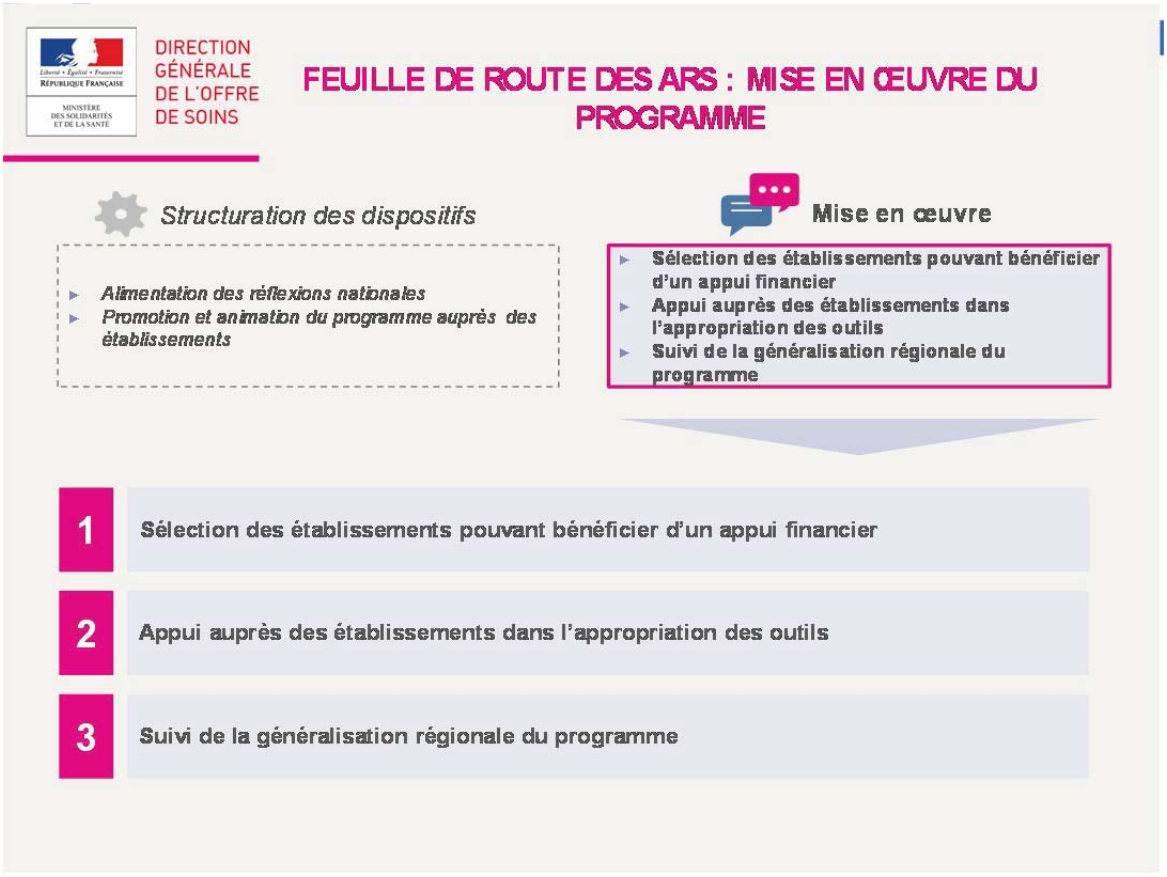
[2] L'IGC-Santé est l'infrastructure de gestion de clés de l'ASIP Santé dont la finalité est la sécurisation de l'échange et du partage de données de santé

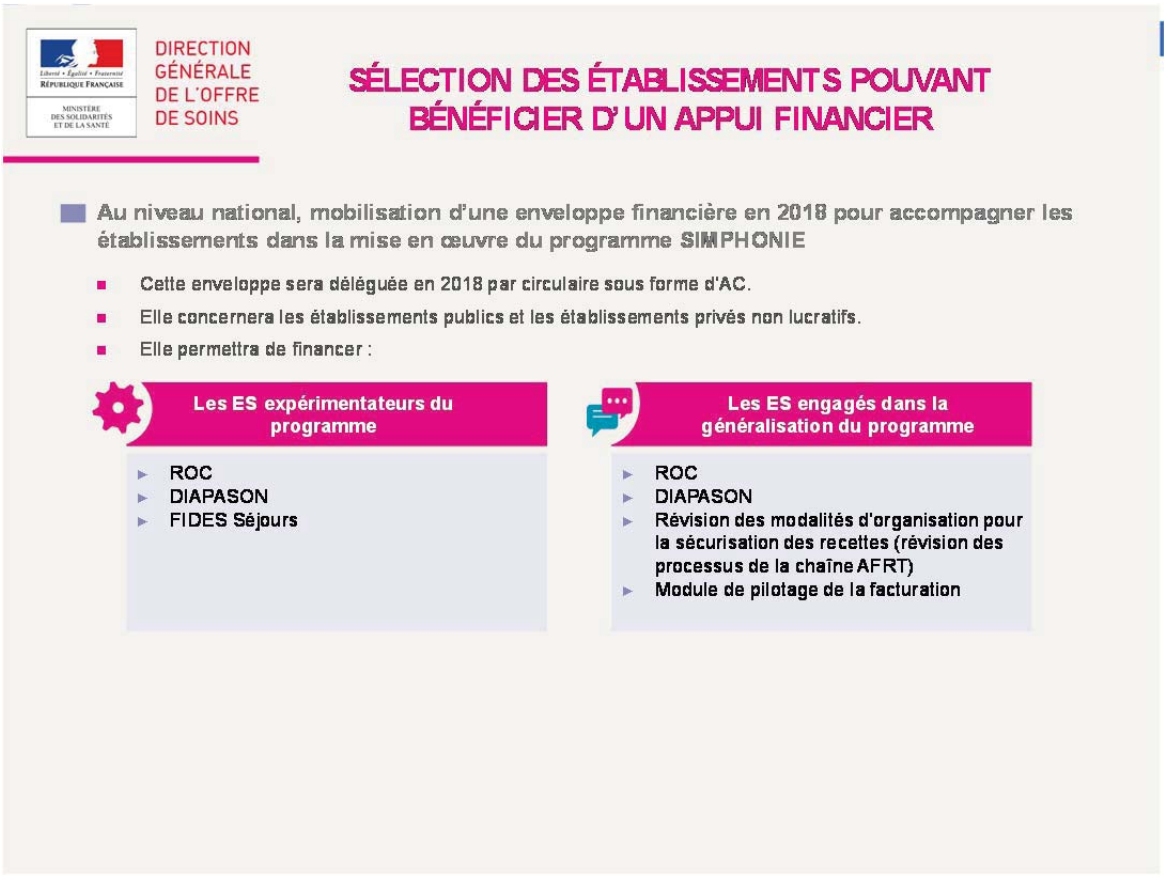
[3] Le guide de référence pour la mise en œuvre de DIAPASON par les expérimentateurs du projet DIAPASON est disponible dans l'espace documentaire de la communauté SIMPHONIE https://communautesimphonie.sharepoint.com/sites/Simphonie

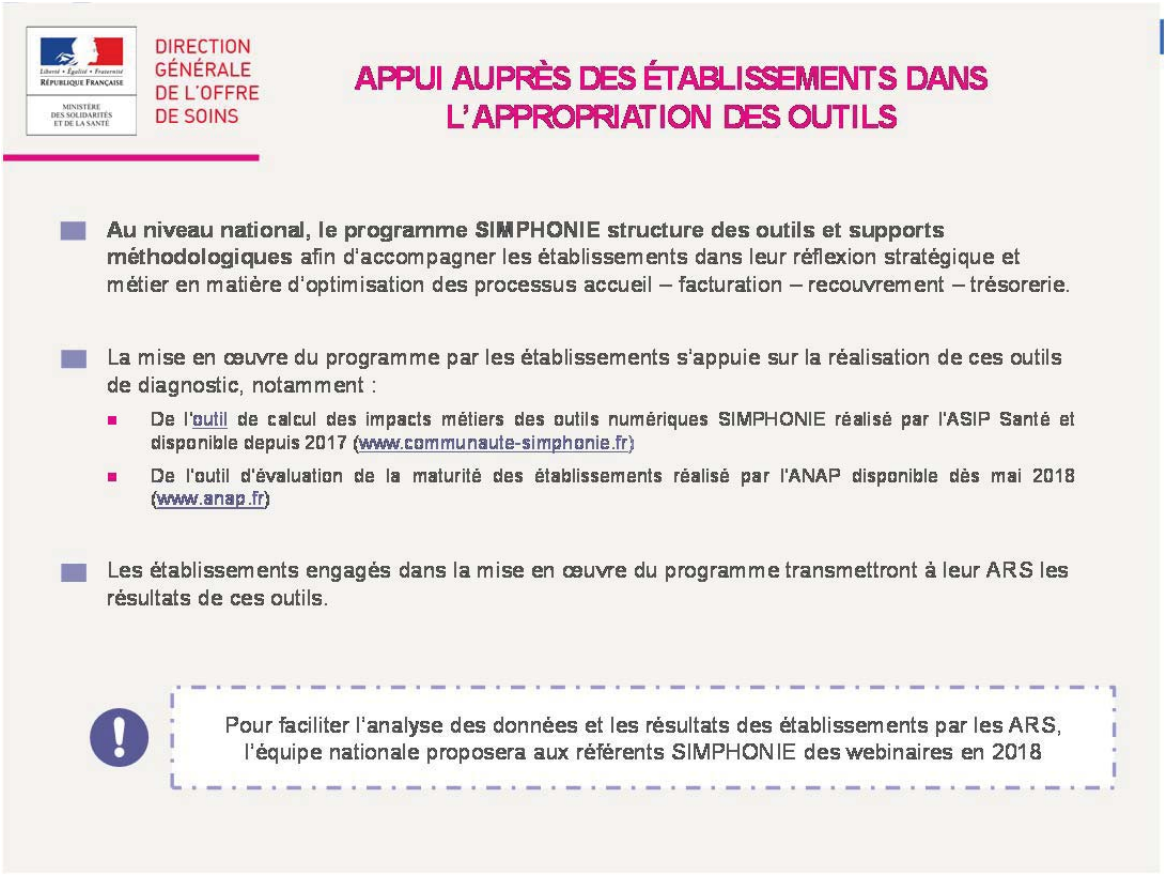
ANNEXE 4

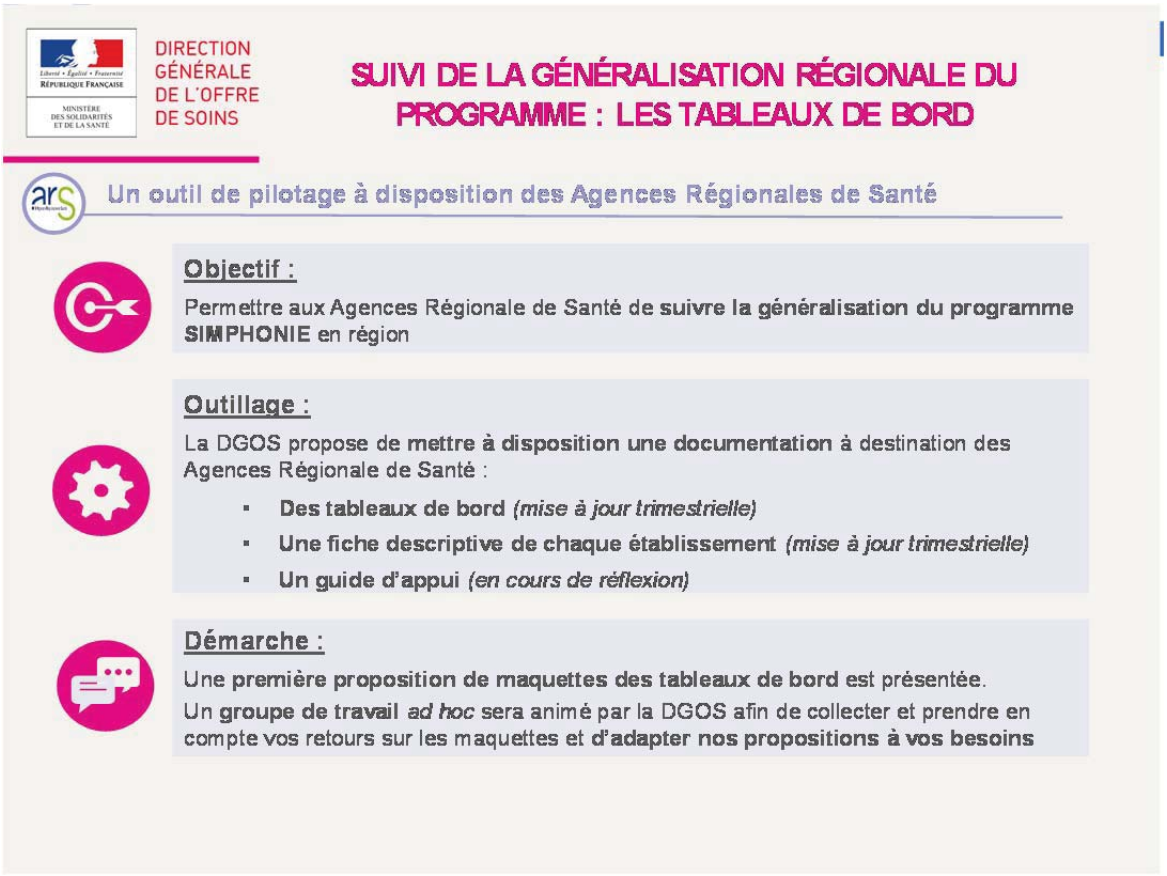
FEUILLE DE ROUTE DES ACTEURS DU PROGRAMME ET LEUR RÔLE




DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS
FEUILLE DE ROUTE DES ARS : MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME
Structuration des dispositifs
Alimentation des réflexions nationales
Promotion et animation du programme auprès des établissements
Mise en œuvre
Sélection des établissements pouvant bénéficier d'un appui financier
Appui auprès des établissements dans l'appropriation des outils
Suivi de la généralisation régionale du programme
1 Sélection des établissements pouvant bénéficier d'un appui financier
2 Appui auprès des établissements dans l'appropriation des outils
3 Suivi de la généralisation régionale du programme


DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS
SÉLECTION DES ÉTABLISSEMENTS POUVANT BÉNÉFICIER D'UN APPUI FINANCIER
Au niveau national, mobilisation d'une enveloppe financière en 2018 pour accompagner les établissements dans la mise en œuvre du programme SIMPHONIE
Cette enveloppe sera déléguée en 2018 par circulaire sous forme d'AC.
Elle concernera les établissements publics et les établissements privés non lucratifs.
Elle permettra de financer :
Les ES expérimentateurs du programme
ROC
DIAPASON
FIDES Séjours
Les ES engagés dans la généralisation du programme
ROC
DIAPASON
Révision des modalités d'organisation pour la sécurisation des recettes (révision des processus de la chaîne AFRT)
Module de pilotage de la facturation


DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS
APPUI AUPRÈS DES ÉTABLISSEMENTS DANS L'APPROPRIATION DES OUTILS
Au niveau national, le programme SIMPHONIE structure des outils et supports méthodologiques afin d'accompagner les établissements dans leur réflexion stratégique et métier en matière d'optimisation des processus accueil – facturation – recouvrement – trésorerie.
La mise en œuvre du programme par les établissements s'appuie sur la réalisation de ces outils de diagnostic, notamment :
De l'outil de calcul des impacts métiers des outils numériques SIMPHONIE réalisé par l'ASIP Santé et disponible depuis 2017 (www.communaute-simphonie.fr)
De l'outil d'évaluation de la maturité des établissements réalisé par l'ANAP disponible dès mai 2018 (www.anap.fr)
Les établissements engagés dans la mise en œuvre du programme transmettront à leur ARS les résultats de ces outils.
Pour faciliter l'analyse des données et les résultats des établissements par les ARS, l'équipe nationale proposera aux référents SIMPHONIE des webinaires en 2018


DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS
SUIVI DE LA GÉNÉRALISATION RÉGIONALE DU PROGRAMME : LES TABLEAUX DE BORD
Un outil de pilotage à disposition des Agences Régionales de Santé
Objectif :
Permettre aux Agences Régionale de Santé de suivre la généralisation du programme SIMPHONIE en région
Outillage :
La DGOS propose de mettre à disposition une documentation à destination des Agences Régionale de Santé :
Des tableaux de bord (mise à jour trimestrielle)
Une fiche descriptive de chaque établissement (mise à jour trimestrielle)
Un guide d'appui (en cours de réflexion)
Démarche :
Une première proposition de maquettes des tableaux de bord est présentée.
Un groupe de travail ad hoc sera animé par la DGOS afin de collecter et prendre en compte vos retours sur les maquettes et d'adapter nos propositions à vos besoins

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

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

Bureau de la synthèse organisationnelle
et financière (R1)

Instruction n° DGOS/R1/2018/147 du 15 juin 2018 relative à la mise en œuvre de la campagne tarifaire régionale des établissements de santé financés sous OQN

NOR : *SSAH1816700J*

Validée par le CNP le 25 mai 2018. – Visa CNP 2018-45.

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 : campagne tarifaire 2018 des établissements financés sous OQN.

Mots clés : établissements de santé – OQN – campagne tarifaire – agences régionales de santé – CICE.

Références :

Arrêté du 23 mai 2018 fixant pour l'année 2018 les éléments tarifaires mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale des établissements de santé mentionnés au *d* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;

Arrêté du 23 mai 2018 fixant pour l'année 2018 le montant de la réserve prudentielle mentionnée au I de l'article L. 162-22-2-1 du code de la sécurité sociale.

La ministre des solidarités et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour mise en œuvre).

La campagne tarifaire 2018 des établissements de santé financés sous objectif quantifié national (OQN) s'inscrit dans le cadre de la progression de l'ONDAM établissements de santé fixée pour 2018 à hauteur de 2 %.

Afin de tenir compte de la dynamique des dépenses sur le champ des activités de soins de suite et de réadaptation et de psychiatrie financées sous OQN, le taux d'évolution moyen national des tarifs a été fixé à – 1,10 % pour l'OQN SSR et à – 0,37 % pour l'OQN psychiatrie après prise en compte des exonérations de charges liées aux crédits d'impôts.

Ces taux d'évolution tiennent également compte de l'application de la dotation prudentielle OQN ainsi que de différentes modulations tarifaires opérées dans le cadre de la campagne tarifaire OQN pour 2018 qui sont décrites ci-après.

La poursuite de l'application de la dotation prudentielle OQN

Ce mécanisme de régulation, qui permet de constituer une dotation prudentielle au sein de l'OQN, est reconduit en 2018. Le montant de cette dotation est arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale par l'arrêté du 23 mai cité en référence.

Pour 2018, comme en 2017, son niveau équivaut à une minoration tarifaire de – 0,7 % au 1er mars 2018, pour les deux champs d'activité, en cohérence avec le niveau du coefficient prudentiel MCO 2018, également fixé à – 0,7 %.

Comme pour le coefficient prudentiel MCO, en cas de respect de l'ONDAM, les ressources ainsi mises en réserve pourront être restituées en fin d'année.

La modulation opérée dans le cadre de la campagne tarifaire OQN 2018 au titre des allègements fiscaux dont bénéficient les établissements privés lucratifs et non lucratifs

Les taux d'évolution OQN SSR et OQN PSY pour 2018 prennent en compte :

– le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) dont bénéficient les établissements privés à but lucratif, correspondant à un impact sur les tarifs 2018 de l'OQN SSR et de l'OQN PSY estimé à + 0,3 % ;

– le crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires (CITS) dont bénéficient les établissements privés à but non lucratif, correspondant à un impact sur les tarifs 2018 de l'OQN SSR et de l'OQN PSY estimés respectivement à – 0,04 % et – 0,02 %.

Les taux d'évolution sont donc différenciés en fonction du statut des établissements relevant de l'OQN SSR et de l'OQN psychiatrie (établissements à but lucratif ou non lucratif) afin de cibler les effets liés au CICE sur les seuls établissements à but lucratif et la reprise opérée au titre du CITS sur les seuls établissements à but non lucratif.

Pour y procéder, l'arrêté national tarifaire OQN pour 2018 fixe des taux moyens régionaux différenciés en fonction du poids respectif, dans chaque région, des établissements à but lucratif et à but non lucratif.

L'intégration dans les taux d'évolution tarifaire des établissements OQN des dépenses de transports en lien avec l'application de l'article 80 modifié de la LFSS pour 2018 au 1er octobre 2018

L'article 80 modifié de la loi nº 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 prévoit le transfert des dépenses de transport inter-établissements des soins de ville vers l'ONDAM établissement de santé.

Cette mesure dispose que les transports réalisés au sein d'un même établissement de santé ou entre deux établissements de santé sont pris en charge par l'établissement à l'origine de la prescription et sont inclus dans les tarifs des prestations mentionnés au 1º des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 et à l'article L. 162-23-1 ou dans la dotation mentionnée à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale. Les conditions d'application de la mesure sont précisées dans le décret nº 2018-354 du 15 mai 2018 portant sur la prise en charge des transports de patients.

Cet article entrant en vigueur au 1er octobre 2018, la réintégration dans les tarifs correspond à trois mois de facturation des dépenses de transport d'octobre à décembre 2018. Ces dépenses ont été intégrées de manière ciblée sur les tarifs des prix de journée (PJ) et les tarifs du forfait de surveillance médicale (SSM) des établissements sous OQN.

La sanctuarisation des tarifs d'hospitalisation de jour des établissements de psychiatrie financés sous OQN

Afin de soutenir le développement des prises en charge d'hospitalisation de jour en psychiatrie, il a été décidé de sanctuariser en 2018 les tarifs de ces prises en charge, dits « PY ». Les taux moyens fixés au niveau de chaque région tiennent compte de cette sanctuarisation.

La fixation du taux d'évolution des tarifs des établissements

Les taux d'évolution moyens régionaux fixés par l'arrêté du 23 mai 2018 susmentionné résultent donc de la modulation du taux moyen national en application d'une prise en compte différenciée du CICE et du CITS en fonction du statut des établissements de santé, de la réintégration des dépenses de transport en application de l'article 80 modifié de la LFSS pour 2017 et de la sanctuarisation des tarifs d'hospitalisation de jour sur le champ des établissements de psychiatrie.

Je vous demande donc de bien vouloir reproduire ces modulations dans le cadre de la mise en œuvre de votre campagne tarifaire.

Votre arrêté tarifaire régional, pris après avis consultatif des représentants dans votre région des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé privés mentionnés au *d* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, devra ainsi fixer cette évolution tarifaire différenciée en fonction des modulations précitées, en tant que règle générale de modulation des tarifs des établissements de votre région, conformément aux dispositions des articles L. 162-22-4 et R. 162-31-7 du code de la sécurité sociale.

Toutefois, en application des articles précités, vous avez la possibilité, dans le respect de votre taux moyen régional, de définir d'autres règles d'évolution des tarifs des établissements de votre région pour accompagner votre politique tarifaire régionale. Pour ce faire, l'ATIH met à votre disposition, comme chaque année, l'outil APLIMOD qui vous permet de simuler les masses financières en jeu.

En complément, je vous demande d'être vigilant à ce que le taux d'évolution des tarifs des établissements ne soit en aucun cas inférieur à – 5 % ni supérieur à 150 % du tarif de l'année précédente (la fourchette haute vous permettant d'harmoniser certains tarifs ayant une valeur unitaire faible), ainsi que le prévoit l'article 3 de l'arrêté du 23 mai 2018 susmentionné.

L'information du niveau national sur les tarifs fixés en région

Je souhaite enfin vous rappeler l'importance de faire remonter au niveau national l'ensemble des nouveaux tarifs que vous fixez, concomitamment ou en dehors des campagnes tarifaires, pour permettre à mes services de calibrer le plus précisément possible l'enveloppe OQN grâce à une meilleure appréhension des masses financières générées par la mise en œuvre de ces nouveaux tarifs.

Aussi, conformément à l'instruction du 22 décembre 2010, je vous invite à adresser à la DGOS tous vos nouveaux tarifs en renseignant l'outil de remontée tarifaire et en l'envoyant à l'adresse générique prévue à cet effet : DGOS-R1-TARIFOQN@sante.gouv.fr.

Je vous demande d'être vigilant quant au strict respect de ces règles.

Je vous invite également à tenir mes services informés de toute difficulté rencontrée dans la mise en œuvre de cette instruction.

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

Pour la ministre et par délégation :

La directrice générale de l'offre de soins,
C. Courreges

La secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales,
S. Fourcade

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction de la performance

Bureau coopérations et contractualisations (PF3)

Instruction n° DGOS/PF3/2018/160 du 27 juin 2018 relative aux centres de santé

NOR : *SSAH1818686J*

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 22 juin 2018. – Visa CNP 2018-58.

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

Résumé : la présente instruction a pour objet d'expliciter, au travers du guide qui lui est annexé, les modalités de création, de fonctionnement, de gestion et d'organisation des centres de santé, telles qu'elles résultent de l'ordonnance n° 2018-7 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé, d'une part, ainsi que du décret et de l'arrêté relatifs aux centres de santé, pris en application de l'ordonnance précitée, d'autre part.

Mots clés : centres de santé – création – fonctionnement.

Références :

Articles L. 6323-1 à L. 6323-1-15 et D. 6323-1 à D. 6323-15 du code de la santé publique ;

Arrêté du 27 février 2018 relatif aux centres de santé.

Circulaire modifiée : instruction DGOS/PF3/DREES/DMSI n° 2013-402 du 19 décembre 2013 relative à l'enregistrement des centres de santé dans le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS).

Annexe : Guide relatif aux centres de santé.

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

Les modalités de création, de fonctionnement, de gestion et d'organisation des centres de santé ont été largement repensées et amendées dans le cadre de l'ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé et de ses décret et arrêté d'application du 27 février 2018. Dans ces conditions, il est paru utile de mettre à la disposition des agences régionales de santé (ARS), et plus largement, de l'ensemble des acteurs concernés, un guide présentant les centres de santé à la lumière de ces textes.

Je vous prie de bien vouloir assurer la diffusion de cette instruction et de ses annexes aux centres de santé de votre région en l'intégrant dans le portail d'accompagnement des professionnels de santé (http://www.paps.sante.fr/Accueil.520.0.html).

Je vous saurais gré de me faire part des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de cette instruction, en prenant contact le cas échéant avec le bureau « Coopérations et Contractualisations » de la DGOS (dgos-PF3@sante.gouv.fr).

Vu au titre du CNP par la secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales

Pour la ministre et par délégation :

La directrice générale de l'offre de soins,
C. COURRÈGES

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

ANNEXE

GUIDE RELATIF AUX CENTRES DE SANTÉ

SOMMAIRE

EN PRÉAMBULE : LE CONTEXTE DE LA CRÉATION DU GUIDE ET SON OBJECTIF

I. – LES MISSIONS DES CENTRES DE SANTÉ

I.1. **Les missions obligatoires des centres de santé**

a) Les centres de santé sont appelés à dispenser des soins de proximité
b) Les centres doivent réaliser à titre principal, des prestations remboursables par l'assurance maladie
c) Les centres sont ouverts à tout public

I.2. **Les activités optionnelles des centres**

a) Les activités devenues facultatives
b) Les autres activités
c) Le cas particulier de la contribution à la mission de soutien sanitaire des forces armées

II. – LES MODALITÉS DE CRÉATION DES CENTRES DE SANTÉ

II.1. **Qui peut créer et gérer des centres de santé ?**

a) Les créateurs et gestionnaires « traditionnels » des centres de santé

1. **Le maintien des gestionnaires « traditionnels »**
2. **La création et la gestion des centres de santé par les établissements de santé**
3. **Parmi les collectivités territoriales, le cas particulier des conseils départementaux**

b) La création et la gestion des centres de santé étendues aux sociétés coopératives d'intérêt collectif (SCIC).

II.2. **Les obligations incombant au gestionnaire, préalablement à l'ouverture d'un centre ou d'une antenne**

a) L'ouverture d'un centre de santé ou d'une antenne
b) Le projet de santé

1. **Les conditions d'élaboration du projet de santé**

1.1. *L'accompagnement des ARS*
1.2. *L'implication des professionnels de santé au projet de santé (cf. article 5 de l'arrêté)*

2. **Le contenu du projet de santé**

2.1. *Les éléments devant figurer dans le projet de santé*

2.1.1. Ces éléments sont listés à l'article 2 de l'arrêté du 27 février 2018
2.1.2. L'articulation entre l'obligation d'une coordination interne et le nombre requis de professionnels dans les centres de santé
2.1.3. La conservation des données à caractère personnel

2.2. *Les éléments relatifs au règlement de fonctionnement mentionnés à l'article 3 de l'arrêté susvisé*

c) L'engagement de conformité

1. **Pour les centres de santé ou antennes en cours de création**
2. **Pour les centres de santé en fonctionnement**

II.3. **De la suspension d'activité à la fermeture du centre de santé et/ou de son ou ses antennes**

III. – LES MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT DES CENTRES DE SANTÉ

III.1. **La gestion des bénéfices des centres de santé**
III.2. **Le statut des professionnels exerçant au sein des centres de santé**

a) Les professionnels salariés
b) Les professionnels bénévoles

III.3. **Les spécificités du fonctionnement des centres de santé particulièrement favorables aux patients**

IV. – L'ORGANISATION DES CENTRES DE SANTÉ

IV.1. **Une organisation mono ou pluriprofessionnelle**
IV.2. **Une organisation avec ou sans antennes**

V. – LE SUIVI DES CENTRES DE SANTÉ ET DE LEURS ANTENNES ET LE RÔLE DE L'OBSERVATOIRE DES CENTRES DE SANTÉ

V.1. **Les informations sur les modifications à délivrer annuellement**
V.2. **Les informations sur les modifications substantielles à délivrer « au fil de l'eau »**

ANNEXE I. – LES PRINCIPAUX TEXTES DE RÉFÉRENCE SUR LES CENTRES DE SANTÉ

ANNEXE II. – LES CENTRES DE SANTÉ EN DIX POINTS-CLÉS

EN PRÉAMBULE : LE CONTEXTE DE LA CRÉATION DU GUIDE ET SON OBJECTIF

L'ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé, prise en application de l'article 204 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a pour principal objet de renforcer l'offre de soins de premier recours en favorisant l'accroissement du nombre de centres de santé. Dans cette perspective cette ordonnance et ses textes d'application – le décret et l'arrêté du 27 février 2018 relatifs aux centres de santé – s'attachent à simplifier et clarifier les conditions de création et de fonctionnement des centres de santé. Dans le même temps, ces textes s'attachent à garantir la sécurité de la prise en charge des patients et à maintenir les spécificités des centres de santé qui se présentent comme une offre de soins de qualité, à des conditions financières particulièrement privilégiées pour les patients.

Pour répondre à l'ensemble de ces enjeux et de ceux portés par le plan d'égal accès aux soins lancé en octobre 2017, tous les aspects du statut de centre de santé ont été revus : les missions des centres, les modalités de leur création et de leur fonctionnement ainsi que leur gestion et leur organisation. Par ailleurs le dispositif s'attache à garantir le respect de la réglementation par les gestionnaires des centres de santé et à conforter la qualité et la sécurité des soins.

Ce guide a pour objectif d'expliciter les mesures mises en place dans ces différents domaines par l'ordonnance et ses textes d'application. Ce faisant, il s'agit de favoriser une compréhension partagée de ces textes entre tous les acteurs concernés dans la perspective de leur donner les moyens d'œuvrer, ensemble, dans les meilleures conditions possible en vue du déploiement de ces structures.

I. – LES MISSIONS DES CENTRES DE SANTÉ

Parmi les missions dévolues aux centres de santé, certaines sont obligatoires. D'autres sont désormais facultatives afin de tenir compte des réalités des situations rencontrées.

I.1. **Les missions obligatoires des centres de santé**

a) Les centres de santé sont appelés à dispenser des soins de proximité

Les centres de santé sont avant tout des structures sanitaires de proximité : l'article L. 6323-1 du code de la santé publique (CSP) le rappelle et confirme les centres dans leur mission première : la dispensation de soins de premier recours. Pour autant, les centres peuvent également dispenser des soins de second recours.

Cette notion de « soins » doit s'entendre au sens large : il s'agit de prévention, de diagnostic et de soins qui sont autant d'activités qu'en principe le centre de santé doit pratiquer indissociablement. Il peut cependant être dérogé à ce principe, un centre pouvant ne pratiquer que des activités de

diagnostic, comme par exemple des activités de radiologie ; en revanche, il n'est pas possible, pour un centre, de ne mener que des activités de prévention ou que des activités de soins : prévention et soin sont strictement indissociables.

b) Les centres de santé doivent réaliser à titre principal, des prestations remboursables par l'assurance maladie

Le troisième alinéa de l'article L. 6323-1 introduit l'obligation pour les centres de santé – et pour leurs antennes (*cf.* le IV ci-dessous) – de réaliser, à titre principal, des prestations remboursables par l'assurance maladie. Cette règle est valable pour les antennes : les activités d'une antenne ne pourraient être essentiellement dédiées à des soins non remboursables au motif que le centre principal serait pour sa part consacré à des activités remboursables.

Cette mesure a pour objectif, notamment, de limiter le développement important de segments d'activité autour des actes non remboursables, susceptibles d'être plus rémunérateurs pour les centres, au détriment le cas échéant, d'une offre de soins plus large et accessible, y compris financièrement, pour le patient.

Il est précisé qu'il ne s'agit en aucune manière d'empêcher les centres de santé de pratiquer des actes hors du champ du remboursement par l'assurance maladie mais d'en limiter le nombre qui ne saurait être supérieur à celui des actes remboursables. Ainsi, une structure qui réaliserait majoritairement des actes de médecine esthétique, de chirurgie réfractive ou encore d'implantologie ne pourrait revendiquer le statut de centre de santé.

Il est à noter que l'Établissement français du sang (EFS) ne réalise qu'à titre accessoire des activités de soins (*cf.* le II de l'article L. 1222-1-1 CSP). Son activité principale relevant de prestations non remboursables par l'assurance maladie, les établissements de transfusion sanguine (ETS) tels que définis à l'article R. 1222-10-1 ne sont pas éligibles au statut de centres de santé. Il appartient en conséquence aux ARS d'enregistrer tout nouvel ETS dans la catégorie Finess 132 et de basculer sous cette même catégorie, les rares ETS qui demeurent encore aujourd'hui enregistrés sous la catégorie Finess 124. Si deux établissements sont répertoriés à la même adresse dans les deux catégories différentes (124 et 132), il convient de se rapprocher de l'EFS pour s'assurer que l'établissement répertorié en 124 peut être effectivement fermé.

c) Les centres de santé sont ouverts à tout public

Selon le dernier alinéa de l'article L. 6323-1, « les centres de santé sont ouverts à toutes les personnes sollicitant une prise en charge médicale ou paramédicale relevant de la compétence des professionnels y exerçant. » Ces dispositions, qui traduisent la politique de santé publique visant à assurer un égal accès à tous, signifient :

– qu'il n'est pas possible à un centre de santé de réserver son offre de soins à une patientèle strictement ciblée alors même que les professionnels de santé y exerçant disposent des compétences pour une prise en charge plus large ;

– que cela n'interdit pas qu'un projet de santé puisse prévoir des prises en charges plus spécifiquement orientées vers certains patients, mais à deux conditions :

  – que cette prise en charge n'exclue pas celle d'autres patients ne présentant pas les mêmes caractéristiques. Une telle exclusion correspondrait à un refus de soins illégitime au sens de l'article L. 1110-3 du code de la santé publique. Ainsi, tout patient, quel que soit son âge, sa catégorie sociale, son sexe, son origine, son orientation sexuelle, son lieu de travail ou toute autre particularité, requérant des soins de médecine générale doit pouvoir s'adresser à n'importe quel centre de santé au sein duquel exerce un médecin généraliste ; de même un centre de santé où exerce un gynécologue ne peut limiter son offre de soins aux femmes enceintes : toute femme ayant besoin de soins gynécologiques, de quelque nature qu'ils soient, doit pouvoir s'adresser à ce centre.

    Ces situations ne visent pas, évidemment, les cas particuliers de refus de soins licites pour raisons professionnelles ou personnelles, tels que mentionnés à l'article R. 4127-47 alinéa 2 du code de la santé publique.

    En toute hypothèse, l'information du public, quel que soit le support utilisé, doit être formulée de telle sorte qu'elle permette d'établir que le centre ne s'adresse pas exclusivement à un public donné mais est bien ouvert à tout public (*cf.* article L. 6323-1-9 et le III /3 *infra)* ;

– que le lieu de soins soit clairement identifié à l'extérieur du centre de santé ;
– que le centre ne peut pas adopter des modalités de fonctionnement ou d'organisation qui le soustraient *de facto* aux sollicitations de tout ou partie d'une catégorie de patients (*cf.* 6° du IV de l'article 2 de l'arrêté susvisé).

À titre d'exemple :

– un centre ne saurait limiter son activité à la dispensation de soins « à domicile », au bénéfice d'établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). En effet, ce faisant, il choisirait sa patientèle et ne permettrait pas à tout patient de bénéficier de son offre de soins. Pour éviter cet écueil, l'activité au sein des EHPAD ne pourrait être exclusive : le centre de santé devrait proposer, en parallèle de son activité auprès d'un EHPAD, une offre de soins en son sein ;

  L'analyse de l'impossibilité pour un centre de santé de dispenser des soins exclusivement à domicile, est fondée, en outre, sur les termes de l'article L. 6323-9 qui mentionnent « l'identification du lieu de soin à l'extérieur des centres de santé » ou encore ceux de l'article D. 6323-5 selon lesquels « Les centres de santé mettent en place des conditions d'accueil avec et sans rendez-vous. Les jours et heures d'ouverture, de permanence et de consultation, les tarifs pratiqués, le dispositif d'orientation en cas de fermeture et les principales conditions de fonctionnement utiles au public sont affichés de façon apparente à l'intérieur et à l'extérieur des centres de santé. » : le centre est un lieu identifiable, accueillant des patients à des horaires précis. Son activité ne peut donc être intégralement dédiée aux consultations à domicile ;
– un centre qui choisirait le mercredi et le samedi comme jours de fermeture, exclurait d'emblée l'accueil des enfants scolarisés s'il ne propose pas en contrepartie une amplitude horaire compatible avec l'accueil de jeunes enfants scolarisés ;
– un centre organisant une prise de rendez-vous par le biais d'un numéro de téléphone surtaxé ne serait pas accessible aux personnes les plus démunies.

Sur la question du refus de soins, la consultation du rapport annuel de la conférence nationale de santé du 10 juin 2010 sur le respect des droits des usagers, dédié au refus de soins : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapp_refus_de_soins_cns_221010.pdf, peut s'avérer utile.

I.2. **Les activités optionnelles des centres de santé**

Au-delà des missions obligatoires qui leur sont dévolues, aux termes de l'article L. 6323-1-1, les centres ont la possibilité de pratiquer, de façon complémentaire, plusieurs activités.

a) Les activités devenues facultatives

Certaines d'entre elles antérieurement obligatoires, telles que les actions de santé publique, les actions sociales ou la formation des étudiants, sont devenues facultatives. En effet, selon les circonstances (liées parfois à leur lieu d'implantation ou encore à leur taille), il a été constaté que certains centres ne pouvaient ou n'avaient simplement pas l'opportunité – parfois sur une période limitée, parfois de façon pérenne – de pratiquer l'ensemble de ces actions. Les services rendus au regard de l'offre de soins par ces centres de santé ne faisant cependant pas de doute, il a paru nécessaire d'adapter les textes aux situations existantes.

b) Les autres activités

Parmi les activités facultatives qui existaient déjà comme telles, on peut citer la pratique des interruptions volontaires de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse et, depuis la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, par voie instrumentale. La loi impose pour cette seconde catégorie d'IVG, à l'instar de ce qui est prévu pour les IVG par voie médicamenteuse, qu'une convention soit signée entre le centre de santé et un établissement de santé public ou privé. Un décret en Conseil d'État est en cours de rédaction. Il a pour objet d'évoquer la formation des médecins habilités à pratiquer ces IVG et d'établir un modèle de convention, conforme au cahier des charges établi par la Haute Autorité de santé (HAS). Ce « cahier des charges pour la réalisation des IVG par méthode instrumentale hors établissements de santé et dans les centres de santé » est accessible en ligne sur le site de la HAS depuis le 15 avril 2016 : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2062049/fr/cahiers-des-charges-pour-la-realisation-des-ivg-par-methode-instrumentale-hors-etablissements-de-sante-et-dans-les-centres-de-sante

Pour les IVG médicamenteuses, il est possible de se reporter au livret d'information intitulé « Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse hors établissement de santé » (https://ivg.gouv.fr/IMG/pdf/guide_ivg_hors_etablissement_2017-2.pdf).

Par ailleurs tout centre de santé peut également mener des actions d'éducation thérapeutique du patient, contribuer à la permanence des soins et soumettre aux ARS des protocoles de coopération entre professionnels, tels que définis à l'article L. 4011-2.

Enfin, les centres sont appelés à mener à contribuer à l'organisation des prises en charges au niveau territorial, notamment en choisissant d'être membres de communautés professionnelles territoriales de santé au sens de l'article L. 1434-12 ou encore opérateurs ou composants de plateformes territoriales d'appui au sens de l'article L. 6327-2.

Le cas particulier de la contribution à la mission de soutien sanitaire des forces armées

Les centres de santé peuvent contribuer à la mission de soutien sanitaire des forces armées et à ce titre recevoir des professionnels de santé du service des armées pour participer à leurs activités. De la même façon le service de santé des armées peut de son côté recevoir des professionnels de santé de centres de santé pour suivre des enseignements, effectuer des stages ou participer à des activités de soins, de formation, de recherche, d'éducation pour la santé et des actions de santé publique.

Dans les deux hypothèses, une convention entre le ministère de la défense et l'organisme gestionnaire du centre de santé devra préciser les obligations respectives de chacune des parties.

Lorsque l'agence régionale de santé constate des manquements compromettant la qualité des soins dans un centre de santé recevant des professionnels de santé des armées, il lui appartient d'en informer sans délai le ministre de la défense. Ce même devoir d'information s'applique à l'encontre de l'ARS lorsque celle-ci prononce une suspension d'activité du centre de santé, dès lors que cette mesure peut avoir des conséquences sur la mission de soutien sanitaire des forces armées.

II. – LES MODALITÉS DE CRÉATION DES CENTRES DE SANTÉ

II.1. **Qui peut créer et gérer des centres de santé ?**

a) Les créateurs et gestionnaires « traditionnels » des centres de santé

1. **Le maintien des gestionnaires « traditionnels »**

L'article L. 6323-1-3 réaffirme la légitimité des organismes à but non lucratif, des collectivités territoriales, des établissements publics de coopération intercommunale, des établissements de santé (établissements publics de santé ou gestionnaires d'établissement privé de santé) à créer et gérer des centres de santé.

2. **La création et la gestion des centres de santé par les établissements de santé**

Tous les établissements de santé, quels que soient leurs statuts, peuvent créer et gérer un centre de santé. Autrement dit, au-delà des établissements publics de santé, les gestionnaires des établissements privés, qu'ils soient privés à but lucratif ou non, peuvent également créer et gérer des centres, sous certaines conditions (*cf. infra* III.1).

3. **Parmi les collectivités territoriales, le cas particulier des conseils départementaux**

Bien qu'il s'agisse de collectivités territoriales, la gestion d'un centre de santé par un conseil départemental ne va pas de soi. En effet, la loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République (loi NOTRe) a effectivement supprimé la clause de compétence générale dont bénéficiaient les départements et a recentré leurs compétences sur la promotion des solidarités et de la cohésion territoriale. L'article L. 3211-1 du code général des collectivités territoriales prévoit ainsi que l'action du département porte sur « toute aide ou action relative à la prévention ou à la prise en charge des situations de fragilité, au développement social, à l'accueil des jeunes enfants et à l'autonomie des personnes. Il est également compétent pour faciliter l'accès aux droits et aux services des publics dont il a la charge ».

La prévention des situations de fragilité et la prévention en matière de santé peuvent concerner les mêmes publics. Ainsi, la proximité des thématiques de santé et d'insertion sociale peut autoriser, sous certaines conditions, la mise en place d'un suivi médico-social *via* un centre de santé. La création d'un centre de santé par un département est possible dès lors que le centre de santé est un lieu de mise en jeu en des compétences départementales. Dans ces conditions, au moment de

la création du centre, le conseil départemental devra s'engager sur la pratique, par le centre, en complément des activités habituellement dévolues aux centres de santé, d'activités complémentaires mettant en jeu les compétences du conseil départemental.

b) La création et la gestion des centres de santé étendues aux sociétés coopératives d'intérêt collectif (SCIC).

Le second alinéa de l'article L. 6323-1-3 prévoit que les centres de santé peuvent également être créés par des SCIC. Régies par le titre II *ter* de la loi n° 47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération, ces sociétés coopératives présentent deux caractéristiques principales :

– bien qu'il s'agisse de sociétés commerciales, leur projet est fondé sur l'intérêt collectif et l'utilité sociale ; leur mode de fonctionnement ne privilégie donc pas la lucrativité ;
– elles proposent une gestion « démocratique » en permettant, notamment aux salariés mais également aux bénéficiaires de l'activité de la société ou à des bénévoles, de détenir des parts du capital social aux côtés des autres associés de la société (personnes physiques ou morales contribuant à l'activité de la société) et de participer à la décision des orientations à prendre, chaque personne détenant une voix, quelle que soit la part de capital détenue.

Ainsi, les SCIC gestionnaires de centres de santé pourront-elles associer des professionnels de santé, des usagers et des bénévoles aux côtés de personnes morales. La loi précise que ces personnes morales ne pourront jamais relever d'autres catégories que celles habilitées à gérer un centre de santé (organisme à but non lucratif/collectivité territoriale/établissement public de coopération intercommunale/établissement public de santé/gestionnaire d'établissement privé de santé à but lucratif ou non lucratif.)

II.2. **Les obligations incombant au gestionnaire, préalablement à l'ouverture d'un centre ou d'une antenne**

a) L'ouverture d'un centre de santé ou d'une antenne

Préalablement à toute ouverture de centre ou d'antenne (*cf.* le IV *infra* sur la notion d'antennes), le gestionnaire du centre de santé est tenu de remettre au directeur de l'agence régionale de santé (DGARS) un projet de santé et un engagement de conformité du centre à la réglementation.

Lorsque le DGARS reçoit l'engagement de conformité (auquel est joint le projet de santé : *cf.* le modèle d'engagement de conformité en annexe de l'arrêté du 27 février 2018 relatif aux centres de santé), il lui appartient de remettre au centre de santé un récépissé de l'engagement de conformité (*cf.* article D 6323-9). Ce récépissé, qui comporte les n° Finess de l'entité juridique (EJ) et de l'établissement (ET) du centre, vaut autorisation de dispenser des soins (*cf.* article L. 6323-1-11). Ces échanges de documents doivent se faire par tout moyen qui permette de déterminer de façon incontestable leur date de réception (articles D. 6323-8 et D. 6323-9).

L'antenne étant rattachée au centre de santé, il n'y a pas lieu de lui attribuer un numéro d'établissement spécifique dans FINESS : elle est répertoriée sous le même numéro FINESS d'établissement que celui du centre principal. Elle doit cependant être enregistrée dans le répertoire Finess en tant qu'antenne du centre principal, avec son adresse. Le récépissé remis au représentant de l'organisme gestionnaire du centre, précisera le nom et les numéros Finess du centre auquel elle est rattachée ainsi que l'adresse de l'antenne.

Dans la mesure où l'engagement de conformité est un document qui n'appelle pas d'examen de fond, l'enregistrement du centre de santé dans le répertoire Finess et la délivrance du récépissé doivent avoir lieu aussi rapidement que possible et, au plus tard, dans les deux mois suivant la date de réception des documents. Dans l'hypothèse où l'engagement de conformité serait incomplet ou le projet de santé non joint, le délai de deux mois courrait à partir de la date de réception de ces éléments manquants.

Il va de soi que si l'ARS relève, à la lecture du projet de santé, des éléments manquants, des incohérences ou des approximations sources d'interrogations ou de doutes, il lui est recommandé d'essayer de résoudre ces questions en lien avec le centre de santé, préalablement à l'ouverture du centre.

Cependant, à ce stade, sauf dans le cas où l'engagement de conformité remis n'est pas conforme à la réglementation (documents incomplets, notamment), l'ARS n'est pas fondée à empêcher l'ouverture d'un centre de santé ou d'une antenne en retardant la remise du récépissé. C'est en effet la remise du récépissé qui vaut autorisation de dispenser des soins (*cf.* l'avant dernier alinéa de l'article L. 6323-1-11).

En revanche, dès l'ouverture du centre de santé ou de l'antenne, selon le cas, l'ARS pourra, si elle a des doutes sur la conformité du centre à la réglementation ou sur son fonctionnement au regard de la qualité ou la sécurité des soins, organiser une visite de contrôle et prendre les mesures qui s'imposent (*cf. infra* II.3).

b) Le projet de santé

Les conditions d'élaboration et le contenu du projet de santé sont définis par l'arrêté du 27 février 2018 relatif aux centres de santé.

1. **Les conditions d'élaboration du projet de santé**

1.1. *L'accompagnement des ARS*

Le projet de santé est élaboré à partir d'un diagnostic des besoins du territoire.

Pour établir ce diagnostic, notamment, mais aussi sur tout autre sujet concernant la rédaction du projet de santé, du règlement de fonctionnement et de l'engagement de conformité, le gestionnaire du centre de santé peut avoir besoin d'être accompagné par l'ARS. Un tel accompagnement, en amont du projet, est de nature à favoriser le développement des centres de santé en facilitant leur création. Dans ces conditions, les ARS sont invitées à prendre les dispositions leur permettant d'assurer cet accompagnement et à communiquer auprès des acteurs concernés pour les informer de la possibilité qui leur est offerte.

1.2. *L'implication des professionnels de santé au projet de santé* (cf. *article 5 de l'arrêté)*

Le projet de santé est élaboré par le gestionnaire du centre de santé. Toutefois, les professionnels de santé sont directement concernés par ce projet. Plusieurs cas de figure peuvent se présenter :

- soit les professionnels de santé sont recrutés après l'élaboration de ce document : dans ce cas, le gestionnaire du centre de santé devra le porter à la connaissance des professionnels préalablement à leur recrutement ;
- soit les professionnels sont présents au moment de l'élaboration du projet de santé (par exemple dans le cas de l'élaboration du projet de santé d'une antenne créée dans un second temps) ou au moment de la modification du projet de santé : dans ces circonstances, les professionnels seront associés à l'élaboration du projet de santé.

Les modalités d'association des professionnels de santé à l'élaboration du projet sont laissées à l'appréciation du gestionnaire et pourront être adaptées selon les circonstances. Sauf dans le cas des sociétés coopératives d'intérêt collectif où les professionnels de santé figurent parmi les membres de la société, les professionnels de santé n'ont pas à être signataires du projet de santé. Toutefois, il n'y a pas d'objection à ce que le gestionnaire du centre de santé, s'il le souhaite, invite les professionnels de santé à signer le projet de santé.

2. **Le contenu du projet de santé**

2.1. *Les éléments devant figurer dans le projet de santé*

À propos des éléments devant figurer dans le projet de santé, il convient de noter les points suivants :

2.1.1. Ces éléments sont listés à l'article 2 de l'arrêté du 27 février 2018

Ils portent sur le diagnostic de territoire, les coordonnées du centre de santé et de son représentant légal, les informations relatives à ses personnels, ses missions et ses activités et enfin le dispositif mis en œuvre pour assurer la coordination interne et externe conformément à l'article L. 6323-1-10.

2.1.2. L'articulation entre l'obligation d'une coordination interne et le nombre requis de professionnels dans les centres de santé

Il est fait observer que la notion de « coordination interne » suppose, *de facto*, la présence d'au moins deux professionnels de santé au sein du centre de santé. Toutefois, il se peut que, dans certaines circonstances, notamment dans les zones connaissant des difficultés au regard de la démographie médicale, le gestionnaire se heurte à des difficultés de recrutement ou encore qu'il souhaite, pour démarrer l'activité du centre, garantir l'équilibre économique de la structure tant que le volume de la patientèle ne permet pas davantage de professionnels.

Dans de telles circonstances, le gestionnaire pourra souhaiter ouvrir le centre de santé avec un seul professionnel de santé. Les ARS sont invitées à examiner les demandes au cas par cas notamment au regard de la viabilité économique du centre que l'on peut raisonnablement escompter à

terme dans une telle situation. Selon le cas, elles pourront, à titre exceptionnel, et si elles le jugent opportun, délivrer le récépissé voire contractualiser avec le centre pour envisager un accompagnement pour une période donnée, le temps que la montée en charge de la patientèle permette le recrutement d'un ou plusieurs autres professionnels.

2.1.3. La conservation des données à caractère personnel

Parmi les éléments à mentionner dans le projet de santé, figurent des données à caractère personnel : c'est le cas pour le représentant légal de l'organisme gestionnaire, les professionnels exerçant au sein du centre ou encore, dans le règlement de fonctionnement, pour la personne compétente en radioprotection.

Il convient de respecter la réglementation sur la protection des données à caractère personnel prévue par le règlement général sur la protection des données (RGPD) du 27 avril 2016 ainsi que par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

À cet égard il est rappelé que les principes clés de la protection des données personnelles portent sur :

- la finalité et la proportionnalité du traitement (les données ne peuvent être recueillies et traitées que pour un usage déterminé et légitime ; elles doivent être nécessaires à leur finalité) ;
- la pertinence des données traitées (les données doivent être adéquates, pertinentes et non excessives au regard des objectifs poursuivis) ;
- le respect des droits des personnes concernées (les personnes doivent être informées de l'utilisation de leurs données ; elles disposent d'un droit d'accès et de rectification à ces données) ;
- la conservation limitée des données *(cf. infra) ;*
- la sécurisation des données *(cf. infra).*

Concernant la conservation des données, l'article 4 de l'arrêté du 27 février 2018 en précise les modalités :

- elles doivent être conservées en qualité d'archives courantes, dans une « base active », jusqu'à la date de cessation d'activité du professionnel concerné ;
- à compter de cette date, et pendant une période de cinq ans, ces informations doivent être conservées en qualité d'archives intermédiaires. Quel que soit le mode d'archivage choisi par le gestionnaire du centre de santé (dans la base active ou dans une base d'archives spécifique), les accès devront être limités (selon le cas par des habilitations et droits d'accès) aux personnes ayant un intérêt à traiter ces données, en raison de leurs fonctions ;
- au-delà de cette date, les données doivent être supprimées : Le fait de conserver des données au-delà de la date limite autorisée est sanctionné pénalement (article 226-20 du code pénal).

Pour tout complément d'information, vous pourrez utilement consulter le site de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) :

- concernant la conservation des données :
  https://www.cnil.fr/fr/limiter-la-conservation-des-donnees ;
- concernant la protection des données :
  https://www.cnil.fr/fr/principes-cles/guide-de-la-securite-des-donnees-personnelles

2.2. *Les éléments relatifs au règlement de fonctionnement mentionnés à l'article 3 de l'arrêté susvisé*

Les nouveaux textes ont apporté quelques changements par rapport à la situation antérieure :

- le règlement intérieur s'appelle désormais « règlement de fonctionnement ». Ce changement de dénomination a pour but d'éviter toute confusion avec la notion de « règlement intérieur » utilisée dans le cadre du droit du travail ;
- ce document n'est plus distinct du projet de santé : il figure en annexe du projet de santé et en fait ainsi partie intégrante ;
- le contenu du règlement de fonctionnement est fixé de façon plus détaillée. Il concerne d'une part les règles afférentes à l'hygiène et la sécurité et, d'autre part, celles afférentes aux informations relatives aux droits des patients.

  Sur ce dernier point, il convient de souligner l'importance des dispositifs mis en œuvre pour assurer la traçabilité du dossier médical, d'une part, et l'information du patient sur les tarifs et les conditions de paiement appliqués en cas d'orientation du patient vers un autre offreur de soins, d'autre part.

À cet égard, il appartiendra aux professionnels de santé de garantir le respect de ces règles mais il appartient au gestionnaire de santé de prévoir un dispositif d'information destiné aux professionnels de santé pour s'assurer que ces derniers sont informés des obligations qui leur incombent à cet égard. Ce dispositif pourra utilement être complété par un document recensant les structures de soins ou professionnels de santé environnants, précisant les tarifs avec ou sans dépassement et les conditions de paiement appliqués par chacun d'eux.

Il est précisé que toute ouverture d'antenne est également subordonnée à la production d'un projet de santé. Si de nombreux éléments sont communs au centre de rattachement, ils pourront être repris dans le projet de santé de l'antenne. Cependant de nombreux autres, notamment concernant les horaires d'ouverture, le personnel, les activités seront probablement propres à l'antenne et devront donc être décrits. Par ailleurs, le règlement de fonctionnement décrira les dispositions mises en œuvre, spécifiquement adaptées aux locaux de l'antenne.

c) L'engagement de conformité

1. **Pour les centres de santé ou antennes en cours de création**

L'engagement de conformité constitue, avec le projet de santé, le second élément indispensable à l'ouverture du centre puisque le récépissé de cet engagement vaut autorisation de dispenser des soins au sein du centre ou de l'antenne.

Par ce document, le représentant légal du centre de santé – et de son ou ses antennes, le cas échéant – s'engage sur le respect de toutes les obligations légales et règlementaires auxquelles les centres (et les antennes) sont soumis.

Dans un souci de facilitation et d'harmonisation, un modèle d'engagement de conformité est proposé en annexe à l'arrêté. Les ARS sont invitées à mettre en ligne ce modèle d'engagement de conformité afin que tout gestionnaire de centre de santé puisse y accéder. Dans l'attente de cette mise en ligne, les gestionnaires pourront en solliciter l'envoi auprès de l'ARS.

Le projet de santé du centre (et/ou de l'antenne) doit toujours être joint à l'engagement de conformité.

2. **Pour les centres de santé en fonctionnement**

Pour les centres en fonctionnement, leurs représentants légaux disposent d'un an à compter de l'entrée en vigueur des textes pour adresser un engagement de conformité au DGARS. Cela signifie que les centres de santé en fonctionnement disposent d'un an pour se mettre en conformité avec les textes législatifs et réglementaires en vigueur.

Si le centre adresse son engagement de conformité avant ce délai, cette transmission signifie que le centre est en conformité avec les textes susmentionnés, à la date de cet engagement.

Les ARS pourront utilement rappeler aux centres de santé qui n'auront pas adressé leur engagement de conformité fin novembre 2018 qu'ils disposent d'un délai jusqu'au 2 mars 2019 pour adresser cet engagement. Dans l'hypothèse où cette obligation légale de transmission de l'engagement de conformité ne serait pas respectée, la procédure de suspension d'activité ou fermeture des centres de santé, décrite aux articles L. 6323-1-12 CSP et D. 6323-11 CSP pourrait être mise en œuvre (*cf.* le II.3 *infra*).

Lors de la création d'un centre de santé ou d'une antenne, le projet de santé est joint à l'engagement de conformité. Toutefois, pour les centres de santé en fonctionnement, il en va autrement. Dans la mesure où l'ARS dispose de leur projet de santé initial et compte tenu de leur obligation d'informer l'ARS de toute modification substantielle (*cf.* article D. 6323-10 CSP) ainsi que d'actualiser leur projet de santé annuellement, *via* l'observatoire des centres de santé (*cf.* articles L. 6323-1-13 CSP et D. 6323-12 CSP), il n'y a pas lieu de demander aux centres de santé en fonctionnement un nouveau projet de santé en même temps que l'engagement de conformité.

II.3. **Procédure de suspension d'activité et fermeture du centre de santé et/ou de son ou ses antennes**

En vertu des articles L. 4121-1 CSP et 1435-7 CSP, le DGARS peut à tout moment, après l'ouverture du centre de santé, organiser une visite de conformité ou une mission d'inspection dans un centre de santé et, le cas échéant, dans une ou plusieurs des antennes de ce centre. Si à l'issue de cette visite ou mission, un manquement est constaté, le DGARS peut mettre en œuvre le dispositif de suspension totale ou partielle d'activité ou de fermeture du centre de santé, prévu à l'article L. 6323-1-12 CSP.

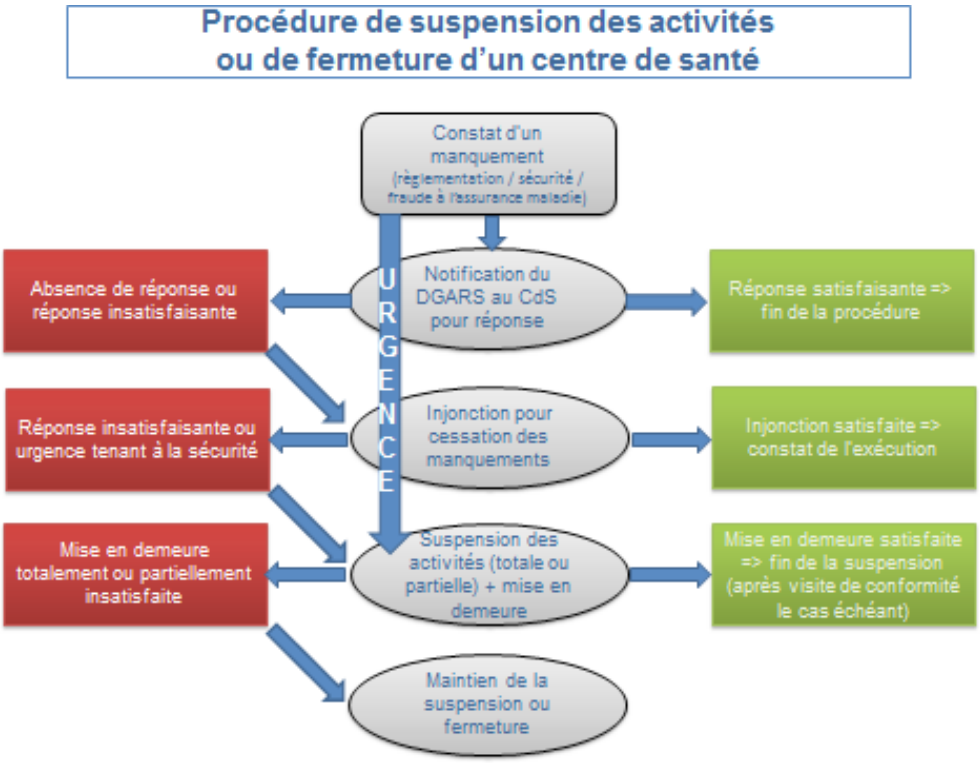
Antérieurement, les ARS pouvaient suspendre partiellement ou totalement les activités d'un centre de santé uniquement en cas de manquements compromettant la qualité ou la sécurité de la prise en charge. Dans la perspective d'une meilleure protection des intérêts des patients, les ARS peuvent désormais aller jusqu'à prononcer la fermeture d'un centre (ou d'une antenne). Par ailleurs les motifs de suspension ou de fermeture ne sont pas limités à la qualité et la sécurité des soins : le non-respect de la législation et l'abus ou fraude aux organismes d'assurance maladie peuvent également conduire à suspendre les activités du centre et même à le fermer (*cf.* article L. 6323-1-12 CSP).

La décision de suspension d'activité (qui peut être totale ou partielle) résulte d'une procédure qui prévoit, avant toute décision du DGARS, sauf dans les cas d'urgence, des échanges préalables avec le gestionnaire du centre de santé, saisi sous forme de notification suivie d'injonctions en cas de non réponse ou de réponse insatisfaisante (*cf.* le schéma de procédure ci-dessous).

Il va de soi qu'ici comme ailleurs, le principe de la proportionnalité de la sanction à la gravité du manquement reproché devra être appliqué. Pour garantir le respect de ce principe, l'ARS est tenue de motiver sa décision et de la notifier au représentant légal du centre de santé (*cf.* article D. 6323-11 CSP). Cet impératif est une garantie du respect des droits de la défense et rend possible le contrôle de la proportionnalité de la sanction aux faits commis. La motivation doit permettre au gestionnaire du centre de santé concerné de connaître les éléments de droit et de fait qui fondent la sanction qui lui est infligée, pour mieux la comprendre mais aussi, le cas échéant, pour pouvoir la contester utilement.

Il est précisé que la fermeture du centre de santé emporte *de facto* celle de son ou de ses antennes puisque l'antenne est rattachée au centre principal. En revanche, en cas de suspension d'activité, il appartient au DGARS de décider de l'opportunité de suspendre également l'activité de l'antenne.

Enfin, l'attention des ARS est appelée sur le fait qu'en cas de suspension d'activité d'un centre de santé ou d'une antenne ou de leur fermeture, il leur appartient de transmettre à la caisse d'assurance maladie dont relève la structure une copie de la notification de suspension ou fermeture adressée au gestionnaire. Dans le cas où la structure contribue à la mission de soutien sanitaire des forces armée en application de l'article L. 6147-10, la copie de la décision de suspension d'activité ou de fermeture de la structure devra être transmise sans délai au ministère de la défense.



III. – LES MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT DES CENTRES DE SANTÉ

III.1. **La gestion des bénéfices des centres de santé**

Afin de préserver le caractère non lucratif de la gestion des centres de santé, l'article L. 6323-1-4 CSP pose le principe selon lequel les bénéfices ne peuvent être partagés entre les associés de l'organisme gestionnaire, quel que soit le statut de cet organisme. Il est précisé que ce dernier ne pourra réinvestir ces bénéfices qu'au profit du centre concerné ou encore d'un autre centre de santé ou d'une autre structure à but non lucratif dont il est gestionnaire.

Afin de susciter la plus grande vigilance des gestionnaires sur ce point et de faciliter le contrôle, les modalités de tenue des comptes afférents aux centres de santé devront permettre d'établir le respect de cette obligation.

III.2. **Le statut des professionnels exerçant au sein des centres de santé**

a) Les professionnels salariés

Alors qu'aux termes de la législation antérieure, parmi les professionnels exerçant dans les centres de santé, seuls les médecins étaient législativement contraints d'être salariés, désormais (*cf.* article L. 6323-1-5 CSP), cette obligation pèse sur tous les professionnels, que ces professionnels soient des professionnels de santé, ou non. Ainsi les psychologues, chiropracteurs ou ostéopathes non médecins ou non masseurs-kinésithérapeutes, doivent également être salariés.

b) Les professionnels bénévoles

Si tous les professionnels des centres de santé doivent être salariés, cela n'interdit pas que, à certaines conditions, les professionnels puissent participer bénévolement à l'activité des centres de santé.

Cette participation ne peut se faire que dans le cadre du droit commun. Dans ces conditions :

– le bénévole participant à l'activité du centre ne peut en recevoir aucune rémunération ni compensation, sous quelle que forme que ce soit, en espèces ou en nature (à l'exception, bien sûr, des remboursements de frais) ;

– la participation du bénévole est libre. Autrement dit, il ne peut exister de subordination juridique entre le gestionnaire du centre de santé et le bénévole.

La participation d'un professionnel de santé à titre bénévole ne fait pas obstacle à la facturation des actes qu'il pratique à l'assurance maladie, pour autant que ces actes aient été facturés au patient. Il est précisé par ailleurs que le caractère bénévole de son activité n'exonère en aucun cas le professionnel de santé de l'ensemble des règles auxquelles sont soumises les professionnels de santé dans l'exercice de leurs fonctions, quel que soit ce mode d'exercice et, notamment, des règles déontologiques.

L'activité du bénévolat ne peut s'exercer que dans un cadre non lucratif. Il existe plusieurs critères de la lucrativité, selon le code du travail. Parmi eux, deux d'entre eux méritent d'être soulignés :

– le recours à la publicité et l'importance des moyens engagés pour atteindre des « résultats » dans une situation concurrentielle au secteur marchand : il s'agit là de critères déterminants ;

– les circonstances qui pourraient être analysées comme créant une situation de concurrence déloyale. Il en serait ainsi si au même moment et sur un même territoire, à côté de professionnels qui déclarent et rémunèrent leurs salariés dans le cadre de l'exercice d'une activité économique, s'installait une association au sein de laquelle des bénévoles pratiqueraient une activité répondant aux mêmes besoins et pour le même public que les salariés susmentionnés.

Ainsi les structures ayant recours à la publicité ou étant en situation de « concurrence déloyale » (selon les modalités décrites ci-dessus) ne peuvent avoir recours à des bénévoles.

Pour plus d'informations, il peut être utile de se reporter au « Guide du bénévolat – édition 2017/2018 », mis en ligne par le ministère de l'éducation nationale et accessible *via* le lien suivant : http://www.associations.gouv.fr/le-guide-du-benevolat-2017-2018-est-paru.html

III.3. **Des modalités de fonctionnement pour une meilleure accessibilité et une meilleure information des patients**

Les centres de santé offrent aux patients une accessibilité financière favorable. C'est là leur spécificité depuis leur création et les nouveaux textes ont entendu la maintenir. Ainsi, aux termes de l'article L. 6323-1-7, les centres de santé doivent pratiquer le tiers payant, sans dépassements d'honoraires.

Pour conforter cette accessibilité, l'ordonnance introduit une mesure (*cf.* art. L. 6323-1-8) permettant au patient orienté vers un autre offreur de soin d'être informé sur les conditions tarifaires et de paiement pratiquées par ce dernier (*cf. supra* le 2.2 du *b* du II.2).

Enfin, le gestionnaire du centre de santé est tenu de prendre les mesures nécessaires permettant aux usagers d'identifier le centre de santé (ou de ses antennes, le cas échéant). À cet égard, l'utilisation de l'appellation « centre de santé » (ou antenne de centre de santé) permettra d'informer sans ambigüité les usagers sur le statut du lieu de soins auquel ils s'adressent. Cette identification devra être complétée par des informations portant, notamment, sur les activités du centre de santé, ses horaires d'ouverture et de fermeture, le statut du gestionnaire et plus généralement sur l'ensemble des conditions de fonctionnement et d'organisation utiles au public (*cf.* art. L 6323-1-9 et D. 6323-4).

Il est souligné toutefois que ces indications et informations ne doivent en aucun cas revêtir un caractère publicitaire (dernier alinéa de l'article L. 6323-1-9).

IV. – L'ORGANISATION DES CENTRES DE SANTÉ

Pour pratiquer l'ensemble de leurs activités les centres peuvent s'organiser en exercice monoprofessionnel ou pluriprofessionnel, sur un même lieu d'exercice ou au contraire prévoir des antennes.

IV.1. **Une organisation mono ou pluriprofessionnelle**

Pour pratiquer leurs activités, les centres de santé recourent, selon le cas à un exercice monoprofessionnel ou pluriprofessionnel. La pluriprofessionnalité ne doit pas être confondue avec la pluridisciplinarité. En effet, la première suppose l'association de plusieurs professions différentes (professions médicales ou paramédicales) alors que la seconde s'entend de différentes disciplines au sein de la même profession. Ainsi, un médecin et un chirurgien-dentiste exerçant au sein d'un même centre, n'exercent pas de façon pluriprofessionnelle mais pluridisciplinaire, l'un et l'autre relevant de la catégorie des professionnels médicaux aux termes du code de la santé publique.

Dans ces conditions, les centres de santé qui ne dispensent qu'une activité infirmière ou dentaire ou médicale sont des centres monoprofessionnels. Les centres dits « polyvalents » regroupant des médecins et des chirurgiens-dentistes, sont le plus souvent des centres monoprofessionnels. Lorsqu'ils comptent parmi leurs professionnels de santé des infirmières ou des masseurs-kinésithérapeutes, par exemple, il s'agit de centres de santé pluriprofessionnels.

Toutefois, il est souligné que dans le cadre du plan d'égal accès aux soins, il sera utile, *via* l'observatoire des centres de santé, d'identifier les équipes pluriprofessionnelles comptant au minimum un médecin généraliste et un auxiliaire médical autre qu'un assistant dentaire.

IV.2. **Une organisation avec ou sans antennes**

Dans la majorité des cas, les centres de santé regroupent l'ensemble de leurs activités au sein d'un même lieu. Il arrive cependant que, dans certains cas, l'ouverture d'une antenne (ou de plusieurs) soit jugée utile, notamment au regard du renforcement du maillage territorial.

Jusque-là, la notion d'antenne était mentionnée dans les textes sans pour autant être définie. Cette absence de définition entravait la portée de cette notion. Désormais l'arrêté susvisé précise les caractéristiques de ces antennes :

1. Elles doivent être rattachées à un centre de santé principal et par conséquent elles ne disposent pas d'une autonomie de gestion. Autrement dit, le responsable du centre de santé est également celui de l'antenne ;

2. Leurs horaires d'ouverture sont limités à 20 heures par semaine ;

3. Leur implantation géographique demeure proche de celle du centre de santé (trente minutes). Cette limitation répond à l'opportunité de mettre en œuvre une organisation permettant une véritable continuité des soins entre le centre principal et son antenne. Il faut qu'en cas de fermeture d'une des deux structures, il soit possible d'orienter le patient sur l'autre si l'activité de la structure demeurée ouverte répond aux besoins du patient orienté.

   Il est précisé que le calcul des trente minutes doit se faire à partir d'un distancier partagé. À cette fin, pour faciliter la tâche des ARS, un distancier *ad hoc* sera mis à leur disposition d'ici à fin 2018. Il permettra de visualiser, à partir d'un point géographique donné, l'ensemble des autres points géographiques situés à trente minutes du premier. Dès que cet outil sera opérationnel, les ARS seront invitées à le mettre en ligne sur leur site afin de le rendre accessible aux promoteurs des centres de santé de leur région.

4. Elles doivent disposer un système d'information partagé avec le centre de santé auquel elles sont rattachées : cette obligation répond à la nécessité de garantir le partage des informations relatives aux patients entre les deux lieux de soins afin de garantir la continuité des soins de ces patients.

Il est précisé que, si la disponibilité des ressources médicales ou paramédicales le justifie, le DGARS peut accorder des dérogations à des demandes d'ouverture d'antenne qui ne répondraient pas à l'intégralité des caractéristiques décrites *supra*.

Il est souligné que chaque antenne doit répondre à l'ensemble des obligations pesant sur les centres de santé. Dans ces conditions, l'ouverture d'une antenne est conditionnée par la production d'un engagement de conformité et d'un projet de santé.

Dans tous les cas, il est exigé que l'antenne soit rattachée à un centre principal et ne dispose donc pas d'autonomie de gestion. Par ailleurs, toute dérogation à l'acquisition d'un système d'information partagé ne saurait être accordée que temporairement.

En toute hypothèse, dans la mesure où l'ouverture d'une antenne peut avoir un impact direct sur la rémunération accordée par l'assurance maladie au centre de santé dans le cadre de l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie signé le 8 juillet 2015, il est demandé aux ARS de se mettre en lien avec l'organisme d'assurance maladie dont dépend le centre de santé préalablement à l'attribution des dérogations d'ouverture d'antennes.

Par ailleurs une ARS accompagnant un centre de santé dans la création d'une ou plusieurs antennes doit s'attacher à appeler l'attention de ce centre sur l'impact que l'ouverture d'une antenne peut avoir sur l'équilibre économique du centre et à examiner les modalités susceptibles d'apporter une solution satisfaisante dans ce domaine.

L'attention des ARS est appelée enfin sur le fait que toute ouverture d'antenne doit être enregistrée dans l'observatoire des centres de santé avec l'adresse de l'antenne. En revanche cet enregistrement ne donne pas lieu à l'attribution à l'antenne d'un numéro Finess d'établissement (ET) qui lui serait propre : puisque l'antenne est rattachée à un centre principal, son numéro Finess est celui du centre principal. Il importe néanmoins que l'antenne soit identifiée dans le répertoire Finess : son nom, son adresse et le centre de santé auquel elle est rattachée doivent y être mentionnés.

V. – LE SUIVI DES CENTRES DE SANTÉ ET DE LEURS ANTENNES ET LE RÔLE DE L'OBSERVATOIRE DES CENTRES DE SANTÉ

Un centre de santé vit et évolue ; au cours des années, certaines informations du projet de santé initial méritent d'être mises à jour. Il importe que ces évolutions soient connues des ARS qui ont en charge l'organisation de l'offre de soins et, dans ce cadre, assurent le suivi des centres de santé. Toutefois, selon la teneur des modifications dont il s'agit, les modalités d'information peuvent différer : certaines devront être délivrées aussi rapidement que possible au DGARS tandis que les autres le seront annuellement.

V.1. **Les informations sur les modifications à délivrer annuellement**

Afin de garantir une information régulière du DGARS, l'ordonnance du 12 janvier 2018 introduit, pour les gestionnaires de centres de santé, l'obligation de porter à la connaissance de ce dernier, annuellement, « les informations relatives aux activités et aux caractéristiques de fonctionnement et de gestion des centres de santé et de leurs antennes » (*cf.* articles L. 6323-1-13).

Le contenu de ces informations, défini à l'article 7 de l'arrêté du 27 février 2018 relatif aux centres de santé, correspond aux informations sollicitées dans le cadre de l'observatoire des centres de santé, à l'exclusion :

1. Des indicateurs déclaratifs liés à l'accord national ou à la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) ;

2. Des pièces justificatives de ces indicateurs ;

3. Des informations à fournir par l'assurance maladie et les ARS.

Qu'est-ce que l'observatoire des centres de santé ?

Compte tenu de l'intérêt pour les centres de santé eux-mêmes, pour les ARS et pour la Cnam que représente le suivi des centres de santé, une plateforme dématérialisée, appelée « observatoire des centres de santé », a été conçue par la DGOS et la Cnam (maîtres d'œuvre), en concertation avec les représentants des gestionnaires des centres de santé et avec l'appui de l'ATIH (maître d'ouvrage). Cette plateforme est opérationnelle depuis le 2 janvier 2017.

Elle a une double utilité :

– elle constitue d'une part un outil de recensement et de suivi des centres de santé à partir de leurs principales caractéristiques au regard de leurs activités, de leur gestion et de leur fonctionnement ;

– elle intègre les données du rapport d'activité des centres conditionnant les aides financières versées par la Cnam dans le cadre de l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie.

Les informations mentionnées aux 1 et 2 ci-dessus ne sont pas réglementairement obligatoires : elles sont à renseigner par les seuls centres de santé adhérents à l'accord national et bénéficiant des rémunérations forfaitaires spécifiques mentionnées dans cet accord, auprès de l'assurance maladie.

Concernant le 3 ci-dessus, il est précisé que si la quasi-totalité des renseignements à fournir dans le cadre de l'observatoire revient aux centres de santé, il appartient à l'assurance maladie de renseigner les informations relatives au volume d'activité de chaque centre et à leurs engagements dans le cadre de l'accord national tandis que les ARS ont à fournir les informations relatives à l'implantation des structures et aux financements qu'elles leur auront éventuellement alloués.

Pour permettre à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) de mettre, chaque année dès le 2 janvier, à la disposition des centres de santé, de l'assurance maladie et des ARS, la plateforme à renseigner, l'ATIH fera parvenir, pour vérification, aux ARS, au plus tard le 15 novembre, un fichier Excel comportant les informations issues de la base FINESS. Il appartiendra aux ARS de compléter ou modifier la base FINESS, avant le 15 décembre. Les informations utilisées pour la plateforme seront celles de la base FINESS en date du 15 décembre.

Les informations à fournir, au plus tard au 1er mars de chaque année, concernent les informations relatives à l'année précédente (*cf.* article D. 6323-1-12). Les centres de santé, l'assurance maladie et les ARS disposent de deux mois pour saisir les données, la plateforme étant accessible entre le 2 janvier et le 28 (ou 29) février. Chaque contributeur a la possibilité de valider les informations qui le concernent indépendamment de la validation des autres contributeurs.

Chaque ARS pourra utilement rappeler aux centres de santé relevant de leurs compétences, dès le mois de décembre, l'obligation de renseigner l'observatoire des centres de santé et les délais impartis pour ce faire.

Il est souligné que, dans la perspective d'une relation facilitée et surtout sécurisée avec les centres de santé, il importe que les ARS puissent obtenir de ces derniers des adresses électroniques génériques afin de ne pas risquer qu'une information ou un rappel transmis à une adresse personnelle n'aboutisse pas, en l'absence du destinataire.

V.2. **Les informations sur les modifications substantielles à délivrer « au fil de l'eau »**

Compte tenu de l'impact qu'elles peuvent avoir sur l'ensemble des caractéristiques de fonctionnement et de gestion des centres de santé, certaines modifications, jugées « substantielles », doivent être portées à la connaissance du DGARS au fur et à mesure de leur survenue, au plus tard dans les quinze jours de leur réalisation (*cf.* article D. 6323-10). Cette information ne nécessite pas la transmission à l'ARS d'un nouveau projet de santé actualisé : l'information sur la modification seule suffit.

Ces modifications peuvent concerner aussi bien le projet de santé en tant que tel que le règlement de fonctionnement qui lui est annexé. Parallèlement, les centres de santé concernés sont tenus de transmettre ces mêmes informations à l'assurance maladie conformément aux dispositions de l'article 51 de l'accord national des centres de santé.

Il peut s'agir, notamment :

– d'un changement de l'organisme gestionnaire : par exemple, l'introduction d'une nouvelle personne morale dans une société coopérative d'intérêt collectif ;
– d'un changement du représentant légal de l'organisme gestionnaire ;
– de la modification d'implantation géographique du centre de santé ou de l'une de ses antennes, le cas échéant ;
– de la fermeture d'une antenne : si l'ouverture d'une antenne ne peut pas échapper au DGARS puisqu'elle nécessite un engagement de conformité et un projet de santé qui lui est propre, sa fermeture sera ignorée du DGARS si le gestionnaire du centre ne l'informe pas spécifiquement de cet événement ;
– de « la modification qualitative ou quantitative du plateau technique, notamment l'installation d'un ou plusieurs fauteuils dentaires supplémentaires ainsi que toute modification susceptible d'avoir une incidence sur la politique menée par le centre de santé en matière de qualité et de sécurité des soins ». Ces informations sont particulièrement importantes dans la mesure où, selon les circonstances, le règlement de fonctionnement devra être adapté à ces modifications. Or les éléments du règlement de fonctionnement n'étant pas intégrés dans l'observatoire des centres de santé, il importe que le DGARS soit informé de toute évolution significative de ce règlement.

Selon le cas, eu égard aux modifications substantielles portées à sa connaissance, l'ARS pourra solliciter de la part du représentant légal du centre de santé, la confirmation de la validité de l'engagement de conformité initial.

ANNEXE I

LES PRINCIPAUX TEXTES DE RÉFÉRENCE SUR LES CENTRES DE SANTÉ

Texte législatif

Ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 relative à la création et au fonctionnement des centres de santé
Articles L. 6323-1 à L. 6323-15 du code de la santé publique

Textes réglementaires

1. **Décret** du 27 février 2018 relatif aux centres de santé
   Articles D. 6323-1 à D. 6323-15 du code de la santé publique
2. **Arrêté** du 27 février 2018 relatif aux centres de santé

ANNEXE II

	LES CENTRES DE SANTÉ EN DIX POINTS-CLÉS
1	Tout centre de santé, structure sanitaire de proximité, est ouvert à tout public et pratique le tiers payant sans dépassement d'honoraires.
2	Tout centre de santé dispense des activités de prévention, de diagnostic et de soins. S'il peut réaliser des activités de diagnostic exclusivement, les activités de prévention et de soin sont indissociables ; il doit, en toute hypothèse, réaliser, à titre principal, des prestations remboursables par l'assurance maladie.
3	Tout centre de santé peut être créé et géré par des collectivités territoriales, des établissements publics de coopération intercommunale, des organismes à but non lucratif, des établissements de santé publics, des gestionnaires d'établissement de santé privés et des sociétés coopératives d'intérêt collectif. Quel que soit le statut du gestionnaire, la gestion du centre doit être non lucrative.
4	Tout centre de santé peut disposer d'antennes. Ces antennes sont soumises aux mêmes obligations législatives et réglementaires que celles incombant au centre de santé.
5	Les professionnels du centre de santé sont salariés. Toutefois des bénévoles peuvent participer à ses activités.
6	L'ouverture du centre de santé est subordonnée à la transmission au directeur général de l'agence régionale de santé d'un engagement de conformité accompagné du projet de santé auquel est annexé le règlement de fonctionnement.
7	Le projet de santé, fondé sur le diagnostic du territoire, atteste, notamment, la coordination interne et à l'extérieur du centre de santé.
8	Le gestionnaire du centre de santé actualise, chaque année avant le 1er mars, les informations requises dans le projet de santé. Il dispose à cette fin de la plateforme dématérialisée de l'observatoire des centres de santé. Dans l'intervalle, le gestionnaire informe l'ARS des modifications substantielles apportées au projet de santé et au règlement de fonctionnement.
9	Le directeur général de l'agence régionale de santé peut organiser une visite de contrôle à tout moment après l'ouverture du centre. En cas de manquement lié au non-respect de la réglementation, de manquement à la qualité ou la sécurité des soins, ou en cas de fraude ou abus à l'égard d'un organisme de l'assurance maladie, il peut enclencher une procédure pouvant conduire à la suspension d'activités du centre de santé ou à sa fermeture.
10	Le gestionnaire du centre de santé peut solliciter l'accompagnement de l'agence régionale de santé pour toutes les étapes de la création et également durant toute la durée de vie du centre de santé.

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 4 juin 2018 portant nomination à la commission des comptes de la santé

NOR : *SSAE1830436A*

La ministre des solidarités et de la santé, le ministre de l'économie et des finances, le ministre de l'action et des comptes publics et le ministre de l'agriculture et de l'alimentation,

Vu l'arrêté du 19 août 1970 portant création d'une commission des comptes de la santé, ensemble les textes qui l'ont modifié,

Arrêtent :

Article 1er

Mme Dominique Polton, présidente de l'Institut des données de santé, est nommée pour trois ans présidente de la commission des comptes de la santé.

Article 2

Sont nommés pour trois ans membres de la commission des comptes de la santé en qualité de personnalités qualifiées :

M. Antoine Bozio, directeur de l'Institut des politiques publiques (IPP).

Mme Chantal Cases, directrice des statistiques démographiques et sociales à l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE).

Mme Karine Chevreul, médecin de santé publique et économiste de la santé, directrice adjointe de l'unité de recherche clinique en économie de la santé d'Île-de-France de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris et de l'équipe épidémiologie clinique, évaluation économique et populations vulnérables de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM).

M. Philippe Choné, chercheur au Centre de recherche en économie et statistique (CREST) et professeur à l'École nationale de la statistique et des études économiques (ENSAE).

Mme Brigitte Dormont, professeure des universités, titulaire de la chaire santé Dauphine, membre du Conseil d'analyse économique.

M. Roméo Fontaine, chargé de recherche à l'Institut national d'études démographiques (INED).

Mme Carine Franc, chargée de recherches à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM).

M. Pierre-Yves Geoffard, directeur de recherches au Centre national de la recherche scientifique (CNRS), professeur à l'École d'économie de Paris.

Mme Valérie Paris, économiste au sein de la division santé de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).

Mme Marie-Laurence Pitois-Pujade, chef de mission de contrôle général, économique et financier au ministère de l'action et des comptes publics.

M. Jean-Marie Lozachmeur, directeur de recherches au Centre national de la recherche scientifique à l'École d'économie de Toulouse (TSE).

M. Gérard de Pouvourville, professeur titulaire de la chaire santé à l'École supérieure des sciences économiques et commerciales (ESSEC).

Mme Lise Rochaix, professeure de sciences économiques à l'université de Paris-I Panthéon-Sorbonne, membre de l'École d'économie de Paris et titulaire de la chaire Hospinnomics.

M. Bruno Ventelou, directeur de recherches au Centre national de la recherche scientifique (CNRS) au groupement de recherche en économie quantitative d'Aix-Marseille et à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM).

Article 3

Le présent arrêté sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 4 juin 2018.

Pour la ministre des solidarités
et de la santé et par délégation :
Le directeur de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques,
J.-M. AUBERT

Pour le ministre de l'économie
et des finances et par délégation :
Le directeur général de l'Institut national
de la statistique et des études économiques,
J.-L. TAVERNIER

Pour le ministre de l'agriculture
et de l'alimentation et par délégation :
La secrétaire générale du ministère
de l'agriculture et de l'alimentation,
V. METRICH-HECQUET

Pour le ministre de l'action
et des comptes publics et par délégation :
La directrice du budget,
A. VERDIER

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Décision du 18 juin 2018 portant agrément de la société Docapost BPO pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel *via* la solution Carte Blanche Partenaires

NOR : *SSAZ1830409S*

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 25 janvier 2018 ;

Vu l'avis du Comité d'agrément des hébergeurs de données de santé à caractère personnel en date du 28 mai 2018,

Décide :

Article 1er

La société Docapost BPO 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 *via* la solution Carte Blanche Partenaires.

Article 2

La société Docapost BPO 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 18 juin 2018.

Pour la ministre et par délégation :
Le délégué par intérim,
Philippe Cirre

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de la santé

Sous-direction santé des populations
et prévention des maladies chroniques

Bureau santé des populations
et politique vaccinale

Direction générale de l'offre des soins

Sous-direction régulation de l'offre de soins

Bureau des prises en charge post-aiguës
des pathologies chroniques et santé mentale

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction de l'accès aux soins,
des prestations familiales et des accidents du travail

Bureau accès aux soins et prestations de santé

Direction générale de la cohésion sociale

Sous-direction de l'inclusion sociale,
de l'insertion et de la lutte contre la pauvreté

Bureau urgence sociale et hébergement

Bureau accès aux droits, insertion
et économie sociale et solidaire

Instruction n° DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants

NOR : *SSAP1816090J*

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 8 juin 2018. – Visa CNP 2018-51.

Visée par le SG-MCAS le 17 mai 2018.

Catégorie : directives adressées par les directeurs d'administration centrale aux services chargés de leur application.

Résumé : cette instruction encourage la construction de parcours de santé des migrants adaptés aux territoires par une animation de l'offre locale autour de cet objectif. Elle propose également aux ARS d'utiliser un espace numérique de travail pour le partage d'outils et de pratiques.

Mots clés : PRAPS – parcours de santé – prévention – soins – personnes migrantes.

Références :

Articles L. 1411-1-1, L. 1434-1 et L. 1434-2 du code de la santé publique.

Annexes :

Annexe 1. – Avis du HCSP du 6 mai 2015.

Annexe 2. – Attestation sur l'honneur relative aux pièces justificatives manquantes du dossier de demande d'aide médicale de l'État.

La ministre des solidarités et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé ; Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; Monsieur le directeur régional et interdépartemental de l'hébergement et du logement.

1. Objectifs du parcours de santé des migrants

En France, tous les étrangers, quelle que soit leur situation au regard du séjour, ont droit à la santé. La progression régulière des migrations génère des besoins importants de prise en charge en santé qui reposent principalement sur les dispositifs existants tels que les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP). La prise en compte de ces besoins répond à des enjeux forts de santé publique et individuelle. Elle est également nécessaire pour favoriser l'intégration, par la santé, de personnes parfois fragilisées dans la société qui les accueille.

Avec en premier lieu des problématiques de prise en charge de maladies chroniques non transmissibles, les besoins de santé des migrants primo-arrivants sont en partie semblables à ceux de la population générale. Néanmoins, certaines spécificités doivent-être prises en compte, et sont souvent au premier plan :

- les vulnérabilités engendrées par le parcours de migration, notamment les psychotraumatismes, les violences sexuelles, etc. ;
- l'existence de maladies de plus forte prévalence dans les pays d'origine, et pouvant poser des enjeux de prise en charge de maladies chroniques ;
- l'exacerbation des fragilités liées à certaines situations : femmes enceintes, enfants, mineurs non accompagnés ;
- la méconnaissance du système et des démarches à entreprendre, la maîtrise limitée de la langue française.

Il est ainsi nécessaire de mieux structurer et de renforcer le parcours de santé des migrants et que les personnes nouvellement arrivées sur le territoire puissent avoir accès à un « rendez-vous santé ».

Cette instruction complète la fiche relative aux PRAPS de juin 2017. Elle a pour objet d'informer les ARS sur l'avancée des travaux conduits par le ministère des solidarités et de la santé, sur la base de l'avis du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) du 6 mai 2015 (annexe 1), et en lien avec les associations, les professionnels de santé et deux ARS volontaires (Île de France, et Provence Alpes Côte d'Azur) et qui ont permis d'identifier les axes prioritaires pour la construction d'un parcours de santé des migrants :

- axe 1 : faciliter l'accès à la prévention et aux soins par une meilleure information des personnes sur leurs droits et sur le système de santé aux différents « points d'entrée » sur le territoire, d'une part, et par une meilleure information des professionnels de santé sur la prise en charge des migrants, d'autre part ;
- axe 2 : organiser une mobilisation de tous les dispositifs sanitaires de droit commun, y compris la médecine de ville, pour permettre une prise en charge effective des migrants primo arrivants. Cette mobilisation doit permettre d'améliorer notamment le parcours en santé mentale, et la prise en charge du psychotraumatisme. De plus, le renforcement de l'accès à l'interprétariat professionnel apparaît comme essentiel à toutes les étapes du parcours de santé des migrants ;
- axe 3 : développer une coordination renforcée au niveau national et un pilotage régional du parcours de santé des migrants au sein des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) 2018-2022.

Elle vise également à guider les ARS dans la construction de parcours de santé adaptés à leur territoire.

Cette instruction s'accompagnera de la mise en place d'un espace de travail partagé entre les ARS, les DRJSCS et les directions du ministère des solidarités et de la santé visant à fournir des outils clés pour la construction de ce parcours. Cet espace sera progressivement enrichi par d'autres

outils issus des travaux nationaux ou conduits avec les partenaires. Il permettra également, d'une part, le partage d'informations entre le niveau national et les régions et, d'autre part, de pratiques entre ARS et DRJSCS.

Le pilotage régional et territorial du parcours de santé des migrants s'inscrit donc dans les PRAPS, et implique des liens rapprochés avec les préfectures, et les autres acteurs concernés par l'accueil et l'intégration des migrants, notamment pour leur accès aux droits, et leur accès à un hébergement stable, qui sont des déterminants essentiels de la santé.

Enfin, cette mobilisation des ARS autour de la mise en place d'un parcours de santé des migrants s'appuie sur un renforcement des moyens de certains dispositifs de prise en charge des personnes précaires – permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) – qui figure dans la circulaire relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2018 des établissements de santé[1]. Un groupe de travail spécifique sur les PASS a été installé fin 2017 par la direction générale de l'offre de soins (DGOS). Dans ce cadre, une enquête à destination des ARS a été lancée[2]. Elle comprend des questions relatives à la prise en charge des migrants, des mineurs non accompagnés ainsi qu'à l'interprétariat et à la médiation sanitaire. Les données renseignées nous permettront de préciser ces premières orientations.

2. **Faciliter l'accès à la prévention et aux soins des personnes nouvellement arrivées sur le territoire**

a) Information des personnes et répertoire des structures ressources du territoire

L'information des personnes nouvellement arrivées représente un enjeu important pour permettre un accès effectif aux soins. Elle doit porter sur le fonctionnement du système de santé, et sur les structures et services de l'offre locale qui contribuent à la santé des migrants, et sur la prise en charge de leurs frais de santé. La connaissance des structures ressources existantes sur le territoire est également indispensable aux professionnels de santé, afin de leur permettre de travailler avec les bons réseaux et d'orienter les personnes vers les professionnels adéquats.

Deux leviers principaux peuvent être mobilisés à cet effet. Nous vous proposons ainsi :

– d'établir une cartographie des structures médicales, médico-sociales, et autres services mobilisés pour la prise en charge des personnes précaires et des migrants sur vos territoires, et de la faire connaître des professionnels concernés. Vous êtes invités à vous appuyer sur le Répertoire opérationnel des ressources (ROR) de votre région pour ce qui est de l'offre sanitaire et médico-sociale. En outre, il s'agit idéalement d'identifier aussi : des services à même d'aider les personnes dans leurs démarches d'ouverture de droits (en plus des PASS), des organisations qualifiées pour la médiation sanitaire, des services d'interprétariat, des structures de prise en charge des troubles psychiques et notamment du psychotraumatisme (celles qui existent déjà, à compléter par la suite par les nouveaux dispositifs en cours de création), les organismes agréés pour la domiciliation des personnes ;
– à améliorer l'information des personnes migrantes primo-arrivantes dans leurs différents lieux de passage. Pour ce faire, le ministère tient à votre disposition un feuillet d'information standard sur l'espace partagé, qu'il vous appartiendra de compléter avec les coordonnées des services et structures ressources de vos territoires, mobilisés en particulier pour la prise en charge sanitaire et pour accompagner les personnes dans leurs démarches auprès de la caisse primaire d'assurance maladie. La liste des structures, organismes et professionnels de santé qui peuvent assurer sa diffusion sont détaillés sur l'espace partagé.

D'autres outils d'information à destination des personnes et des professionnels de santé seront également mis à disposition sur l'espace de travail partagé, comme par exemple la version mise à jour du « livret de santé bilingue » développé par le Comede avec l'appui de l'Agence nationale de santé publique, ou encore sur le site www.ameli.fr de l'assurance maladie.

b) Prise en charge des frais de santé

Les personnes étrangères qui résident en France peuvent bénéficier, selon leur situation, d'une prise en charge de leurs frais de santé, qu'elles soient en situation régulière ou irrégulière vis-à-vis du droit au séjour.

Ainsi, les personnes en situation régulière qui résident sur notre territoire depuis plus de 3 mois peuvent demander leur affiliation à l'assurance maladie, et bénéficier de la CMU complémentaire

[1] Circulaire n° DGOS/R1/2018/114 du 4 mai 2018 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2018 des établissements de santé.

[2] Instruction n° DGOS/R4/2018/109 du 25 avril 2018 relative à l'enquête FLASH à destination des agences régionales de santé (ARS) sur les permanences d'accès aux soins (PASS).

(CMU-C) ou de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) si elles en remplissent les conditions de ressources. Il est à noter que les demandeurs d'asile, les réfugiés et les bénéficiaires de la protection subsidiaire peuvent bénéficier de ces prestations dès la reconnaissance de leur statut, sans application du délai de résidence minimale de trois mois sur le territoire.

Les personnes en situation irrégulière qui résident sur notre territoire depuis plus de 3 mois doivent quant à elles solliciter l'aide médicale de l'État (AME), attribuée selon les mêmes conditions de ressources que la CMU-C. Celles qui résident en France depuis moins de 3 mois peuvent bénéficier du dispositif des « soins urgents » (*cf.* ci-après).

Les personnes mineures, isolées ou non, quelle que soit la situation de leurs parents vis-à-vis du droit au séjour, peuvent bénéficier d'une prise en charge de leurs frais de santé dès leur arrivée sur le territoire en application de la Convention internationale des droits de l'enfant. Pour cela, leurs parents ou les organismes ayant en charge ces personnes mineures doivent effectuer une demande de prise en charge auprès de la caisse d'assurance maladie de leur lieu de résidence :

– au titre de l'assurance maladie et de la CMU-C si les parents sont en situation régulière ou si les personnes mineures sont prises en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ou de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) ;
– au titre de l'AME si les parents sont en situation irrégulière ou si les personnes mineures ne sont pas prises en charge par les services de l'ASE ou de la PJJ.

Si des soins doivent rapidement être dispensés aux personnes ou l'ont déjà été, les justificatifs de besoin de soins ou les factures des soins doivent être joints au dossier afin que la caisse l'instruise en priorité et règle les factures.

Domiciliation

Pour bénéficier de cette prise en charge, les personnes doivent adresser leur dossier de demande à la caisse d'assurance maladie de leur lieu de résidence, et disposer pour cela d'une adresse, ou, pour les personnes sans domicile stable, d'une domiciliation administrative.

Le dispositif de domiciliation des personnes sans domicile stable est détaillé par la note d'information du 5 mars 2018 relative à l'instruction DGCS/SD1B/2016/188 du 10 juin 2016, le droit à la domiciliation ayant été simplifié et élargi par l'article 46 de la loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et à l'urbanisme rénové (ALUR). Ainsi, l'article D. 264-9 du code de l'action sociale et des familles élargit la liste des organismes pouvant demander un agrément préfectoral aux centres d'hébergement d'urgence relevant de l'article L. 322-1, aux établissements de santé et aux services sociaux départementaux. Il est à noter que les établissements de santé n'ont pas besoin d'obtenir d'agrément pour domicilier une personne hospitalisée sur le long terme et qui peut y recevoir son courrier. Nous vous invitons à prendre connaissance des outils développés par le ministère des solidarités et de la santé pour la domiciliation des personnes sans domicile stable[3].

Prise en charge financière anticipée et instruction prioritaire
(rappel des règles existantes)

La prise en charge des personnes débute à la date de la demande pour l'affiliation à l'assurance maladie ainsi que pour le bénéfice de l'AME, et s'agissant de la CMU-C au premier jour du mois suivant la décision d'acceptation de la demande. Toutefois, si des soins ont été délivrés avant cette date aux personnes qui remplissaient alors les conditions d'éligibilité aux dispositifs, la prise en charge sera anticipée. Pour les bénéficiaires de l'AME, elle prendra effet à la date d'entrée dans l'établissement ou à la date des soins, à condition que la demande ait été transmise dans un délai de 30 jours. Pour les bénéficiaires de la CMU-C, elle débutera au 1er jour du mois de dépôt de la demande. Si le demandeur n'a pu effectuer la demande de CMU-C en raison de son hospitalisation, il revient à l'établissement de remplir le formulaire de demande et de le transmettre à la caisse dans un délai de 60 jours, auquel cas la date d'entrée dans l'hôpital sera assimilée à la date du dépôt de la demande. Les justificatifs des soins reçus à l'hôpital ou en ville doivent être joints aux dossiers de demande d'AME et de CMU-C.

En outre, une instruction prioritaire est effectuée par la caisse d'assurance maladie dès lors qu'est joint au dossier un certificat médical, établi par un médecin (de ville ou hospitalier) et faisant état d'une pathologie exigeant une prise en charge médicale et un traitement rapides sous peine d'aggravation.

[3] Plus d'informations :
http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/droits-et-aides/article/domiciliation-des-personnes-sans-domicile-stable-417653

Les « soins urgents »

Les personnes en situation irrégulière qui ne peuvent bénéficier de l'AME, notamment parce qu'elles résident en France depuis moins de trois mois, peuvent bénéficier du dispositif dit des « soins urgents », défini à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles. Ces soins, réalisés exclusivement en établissement hospitalier, regroupent les soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de l'enfant à naître, les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie, tous les soins de la femme-enceinte et du nouveau-né, notamment les examens de prévention réalisés durant et après la grossesse et l'accouchement, ainsi que les interruptions de grossesse (volontaires ou pour motif médical). La délivrance de médicaments postérieurement aux soins effectués dans l'établissement peut également être prise en charge dans le cadre des « soins urgents », à condition qu'ils aient été prescrits par un médecin de l'établissement lors de la délivrance de ces soins[4].

Indépendamment de la réalisation de ces soins, la procédure de facturation des « soins urgents », prévue par l'instruction interministérielle n° DSS/1A/2015/76 du 13 mars 2015 appelle les précisions suivantes : conformément à cette circulaire, pour l'ensemble des dossiers éligibles au dispositif des « soins urgents », les établissements doivent présenter une demande d'AME à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et n'imputer sur le dispositif des soins urgents que ceux pour lesquels la demande d'AME a été rejetée[5]. Les établissements adressent ainsi leurs factures à la CPAM en joignant le courrier de rejet de l'AME.

Si l'établissement n'est pas en mesure de joindre à la demande d'AME les justificatifs d'identité et de résidence depuis plus de 3 mois en France de la personne, ainsi que son attestation de domiciliation en cas d'absence d'adresse, soit parce qu'elle n'est plus présente dans l'établissement, soit parce qu'elle ne possède pas les documents précités, alors l'établissement transmet à la caisse une attestation sur l'honneur sur le modèle défini en annexe 2.

Il est à noter que le silence gardé pendant plus de deux mois par la CPAM saisie d'une demande d'AME vaut rejet implicite, permettant l'imputation des frais sur le dispositif des « soins urgents ». Dorénavant, dans ces situations, pour permettre un traitement plus rapide des dossiers concernés, les établissements doivent joindre à leurs factures la demande d'AME datée de plus de 2 mois et les envoyer à l'adresse générique suivante :

– cnsup.cpam-paris@assurance-maladie.fr : pour les établissements situés en Île-de-France ;

– cnsuco.cpam-coteopale@assurance-maladie.fr : pour les établissements situés dans les autres régions de métropole.

Conventions de partenariat avec les CPAM

Pour faciliter l'accès aux droits des personnes en situation de précarité, les caisses d'assurance maladie sont mobilisées et incitées à nouer des partenariats avec des structures d'accueil de ces populations (permanences d'accès aux soins de santé (PASS), centres communaux d'action sociale (CCAS), services de l'aide sociale à l'enfance (ASE), structures associatives…). Dans le cadre de ces conventions, sont définis des circuits et interlocuteurs dédiés visant à fluidifier les échanges entre les différents acteurs et ainsi accélérer la prise en charge. Ainsi, la mobilisation d'une structure sanitaire pour la prise en charge des migrants primo-arrivants pourra s'accompagner de la signature d'une convention de coopération avec la CPAM.

En outre, dans le cadre de la démarche de labélisation d'actions d'initiatives locales en matière de lutte et de prévention du non recours au droit et au soins (PLANIR : plan local d'accompagnement du non recours, des incompréhensions, des ruptures), la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) a entamé des travaux visant à répondre spécifiquement aux problématiques rencontrées par les migrants primo-arrivants. À partir de l'analyse des actions construites par certains organismes, il est prévu d'organiser et de généraliser un ensemble d'actions ayant déjà été expérimentées localement. Cette offre de service, basée sur la coopération avec les structures d'accueil et de prise en charge des migrants, devrait être déployée nationalement d'ici fin 2018 et intégrera notamment des dispositifs d'« aller vers » à destination de ces populations.

[4] Circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale de l'État.

[5] Circulaire DSS/2A/DGAS/DHOS n° 2008-04 du 7 janvier 2008 modifiant la circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale de l'État et instruction interministérielle n° DSS/1A/2015/76 du 13 mars 2015 relative aux modalités de facturation des soins urgents.

Toutefois, si des situations de blocage ou de désaccord persistant concernant les ouvertures de droit venaient à se présenter, pour lesquelles aucune solution de prise en charge n'aurait pu être trouvée en lien avec les correspondants habituels, le conciliateur de la caisse d'assurance maladie doit être saisi.

3. **Organiser une mobilisation des dispositifs sanitaires de droit commun pour une prise en charge sanitaire effective des migrants**

a) Le rendez-vous santé des primo arrivants

La prise en charge des migrants primo-arrivants suppose d'initier le parcours de santé par un rendez-vous santé ayant pour objectifs : l'information, la prévention, le dépistage, l'orientation et l'insertion dans le système de soins de droit commun. Ce bilan devra tenir compte des examens et dépistages disponibles effectués antérieurement.

Si la situation l'impose sur un territoire donné (accueil d'un nombre important de migrants primo-arrivants), des solutions dédiées peuvent être envisagées en amont de ce rendez-vous. Par exemple, la réalisation de bilans d'orientations assurés par des binômes infirmiers/interprètes permet d'identifier les personnes qui nécessitent une consultation médicale sans délai, et celles pour qui le rendez-vous santé peut être organisé sans urgence.

Selon l'avis du HCSP du 6 mai 2015, ce rendez-vous santé devrait intervenir dans un délai optimal de 4 mois après l'arrivée et comporter les éléments suivants :

- la délivrance d'une information approfondie sur les principes de la santé en France, les règles de fonctionnement du service public et du système de soins, la prise en charge des soins, la santé des femmes, la santé et la protection des mineurs ;
- un examen clinique général effectué par un médecin, incluant : une évaluation de l'exposition à des violences physiques, sexuelles, et mentales et de leurs conséquences sur la santé ; et le recueil des antécédents médicaux personnels du patient, en particulier des allergies, et des consommations de tabac, d'alcool et de toxiques ;
- une évaluation et une mise à jour du statut vaccinal ;
- le dépistage de la tuberculose pour toutes les personnes provenant ou ayant séjourné dans un pays de haute endémicité ;
- la proposition systématique de dépistage du VIH, du VHB, du VHC, et d'autres examens en fonction des résultats de l'examen clinique (suivi gynécologique, suivi de grossesse, suivi pédiatrique, dépistage des hémoglobinopathies, du diabète, examen urinaire par bandelette, examen parasitologique des selles, etc.).

Il résulte des travaux menés au niveau national que l'évaluation des besoins en santé mentale est également importante dès ce stade. La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande, en outre, que le recours à l'interprétariat professionnel soit systématique pour les personnes non francophones. Il importe en effet que soit prêtée une attention particulière aux explications préalables fournies sur les éléments du bilan de santé, de manière à ce que soit recueilli le consentement libre et éclairé des personnes à qui ces examens sont proposés et à ce que soit assurée une information de qualité.

b) L'identification et la mobilisation de structures médicales « pivot » pour le rendez-vous santé

Les structures médicales pivot

La prise en charge sanitaire des migrants primo-arrivants dans une logique de parcours suppose l'intervention de structures à même de réaliser ce rendez-vous santé initial, ou de coordonner l'intervention concertée de plusieurs professionnels pour la réalisation de ce rendez-vous santé. En outre, elle doit également pouvoir orienter la personne, pour des besoins spécifiques, vers d'autres professionnels de santé.

Vous êtes invités, en concertation avec les acteurs de la région, à construire une offre de soins adaptée aux territoires en identifiant des structures qui pourraient jouer ce rôle pivot.

Les PASS sont appropriées pour les personnes présentant un problème de santé et ne bénéficiant pas encore d'une prise en charge de leurs frais de santé. La prise en charge de ce problème de santé est l'occasion d'accompagner les personnes dans leur ouverture de droits, d'initier le rendez-vous santé, puis d'orienter le patient vers la médecine de ville pour la suite de la prise en charge et les besoins ultérieurs. Plusieurs types de structures médicales sont également en mesure d'initier ce rendez-vous santé : centres de santé, maisons pluri professionnelles, etc. Vous trouverez sur l'espace partagé les fiches correspondant à ces structures.

L'organisation de l'offre autour des structures médicales « pivots »

Si la pluridisciplinarité est souhaitable dès le premier contact, et sur un même lieu, elle n'est pas toujours possible. De ce fait, l'offre autour de ces structures devrait idéalement être organisée pour permettre l'orientation des personnes vers des partenaires ressources compétents pour les questions sociales, pour la réalisation des examens du rendez-vous santé, ainsi que pour l'orientation en cas de besoin vers d'autres professionnels (ex : la prise en charge en santé mentale, la prise en charge des enfants, le suivi gynécologique, la prise en charge des grossesses, etc.).

Par exemple, les structures médicales pivots pourraient être incitées à développer des partenariats avec les structures suivantes : les services de protection maternelle et infantile (PMI), centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD), centres de vaccination, centres médicaux psychologiques (CMP), centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), centres de lutte antituberculeuse (CLAT), centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), services des centres hospitaliers, réseaux de santé et de médecins libéraux (dont psychiatres, pédiatres, et gynécologues, médecins généralistes formés à la gynécologie, ou sage-femme), centres dentaires, etc.

Partage de pratiques

Des outils et documents de référence seront disponibles sur l'espace partagé (Parcours-Sante-Migrants) et sont destinés à être mis à disposition des acteurs qui souhaitent s'investir dans cette voie. Les ARS sont invitées à utiliser cet espace pour faire remonter des exemples d'organisations mises en place sur leurs territoires.

Enfin, il semblerait pertinent d'évaluer différentes modalités d'organisation de structures de droit commun pour la réalisation du bilan de santé des migrants primo-arrivant sans avance de frais. Une expérimentation permettrait en outre de travailler à la définition de modèles économiques adaptés pour l'accès à l'interprétariat et à la médiation sanitaire en ville. Dans ce cadre, les ARS pourraient être sollicitées pour participer à la rédaction du cahier des charges de cette expérimentation.

c) La prise en compte des besoins de prise en charge en santé mentale

Le repérage des besoins de prise en charge en santé mentale doit s'envisager dès le premier contact. Le premier rendez-vous santé est dans l'idéal conduit par un binôme constitué d'un médecin généraliste, et d'un psychiatre ou d'un psychologue, mais il peut être mené par un médecin généraliste formé. La mobilité des équipes psychiatriques des CMP et EMPP, notamment au sein des dispositifs PASS, est encouragée. La visibilité et le maillage des structures spécialisées de premier contact dans les territoires (notamment PASS, EMPP) sont à renforcer.

En dehors du rendez-vous santé, des professionnels autres que de santé sont amenés dans leurs échanges avec les personnes nouvellement arrivées à repérer des vulnérabilités. Nous vous invitons à partager les formations et les outils d'aide au repérage des vulnérabilités à destination notamment des travailleurs sociaux utilisés sur vos territoires. Pour rappel, la souffrance ou les difficultés psychiques repérées doivent être confirmées par des professionnels de santé de première ligne. De plus, une validation des outils qui peuvent être recommandés est nécessaire et sera conduite au niveau national. Un travail national est également prévu pour développer une formation de la population générale aux « premiers secours en santé mentale[6] ».

Pour les personnes nécessitant une prise en charge pour des troubles psychiques, l'orientation vers les dispositifs de droit commun, en particulier les établissements assurant la mission de psychiatrie de secteur (CMP adultes et infanto-juvénile), est à faciliter. Ainsi, comme cela est prévu par l'article L. 3221-4 du code de santé publique (modifié par l'article 69 de la loi du 26 janvier 2016), le directeur général de l'ARS s'assure que des modalités d'organisation permettant l'accueil et la prise en charge des migrants soient mises en place par les établissements assurant la mission de psychiatrie de secteur. Il peut le cas échéant les inviter à définir ces modalités d'organisation, qui doivent être lisibles et connues des partenaires, dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire (GHT) ou des communautés psychiatriques de territoire (CPT). Ces modalités doivent intégrer la prise en charge par les secteurs de psychiatrie des personnes hébergées en CHRS, ou en CADA et dans les autres structures d'hébergement. Il convient de s'assurer de l'accès effectif aux CMP pour les personnes titulaires de l'AME. Vous pourrez également vous appuyer sur un travail en réseau avec les psychologues et psychiatres libéraux du territoire désireux de s'investir dans la prise en charge des migrants, en favorisant leur accès à des services d'interprétariat et à une possibilité de recours. D'une manière générale, la formation de ces professionnels libéraux et

[6] Aide apportée aux personnes qui commencent à manifester un problème de santé mentale ou qui traversent une crise psychologique.

des professionnels des CMP à la prise en charge du psychotraumatisme par des structures spécialisées est à encourager, ainsi que l'accès à un interprétariat professionnel. Les structures associatives spécialisées dans la psychiatrie transculturelle représentent également une ressource pour les dispositifs de droit commun.

Enfin, l'appel à projet pour l'identification de dix dispositifs de prise en charge du psychotraumatisme sur le territoire national contribuera à cet objectif. Il s'agira à l'avenir de s'appuyer sur ces dispositifs pour renforcer également l'expertise des acteurs concernés par la prise en charge des migrants. En lien avec ces dispositifs, un centre national de ressources, qui sera désigné par appel à projet, viendra en appui avec des missions transversales de recherche, de formation et de diffusion des bonnes pratiques.

d) Le recours à l'interprétariat et à la médiation sanitaire

Le recours à l'interprétariat professionnel[7] (en face à face, par téléphone ou en visio conférence) et la médiation sanitaire[8] sont essentiels à une prise en charge sanitaire de qualité pour les populations migrantes. Ils font l'objet de référentiels de pratiques élaborés par la HAS en 2017 que nous vous invitons à diffuser auprès des acteurs investis dans la prise en charge des migrants.

Des travaux, qui ont été initiés au niveau national, sont nécessaires pour évaluer les besoins non couverts et définir les modalités de financement et d'organisation de ces interventions. Nous vous proposons ainsi de partager les pratiques d'organisation de l'interprétariat sur vos territoires, dans les établissements et en ville (ex : plateformes mutualisées d'interprétariat pour les structures de villes, les médecins libéraux, les psychologues, les CPAM, les CMP, etc).

Dans les établissements de santé, il paraît adapté d'identifier une personne référente pour organiser l'accès à l'interprétariat et s'assurer que l'accès aux prestations d'interprétariat est simple et rapide (éviter en particulier les validations multiples qui imposent au professionnel de santé d'anticiper le moment auquel il fera appel à un interprète) et disponible pour d'autres services que les PASS. Il est possible de s'appuyer sur les éventuelles ressources internes de l'établissement (personnel bilingue), en respectant les recommandations HAS : formation aux techniques d'interprétariat, prise en compte dans le temps de travail, organisation formalisée, liste à jour des personnels volontaires.

À noter qu'en santé mentale, l'interprétariat requiert une formation de l'interprète mais aussi du professionnel (psychiatre, psychologue, infirmier). Il existe des formations courtes pour les soignants dispensées par des associations spécialisées, et qui permettent un travail en binôme satisfaisant.

4. **Un espace de travail partagé ARS – ministère des solidarités et de la santé**

Cet espace de travail visera à mettre à disposition des ARS et des DRJSCS des outils et documents de référence et à partager des modèles d'organisation de parcours de santé des migrants sur les territoires, qui serviront notamment à alimenter les travaux planifiés au niveau national dans les domaines ci-dessous.

Nous vous invitons à utiliser l'espace de travail pour partager vos modèles d'intervention et pratiques, notamment dans les domaines suivants :

- le fonctionnement de structures pivots ou de réseaux de prise en charge ;
- les outils développés pour le suivi médical des personnes (ex : coffre-fort numérique, passeport santé, etc.) ;
- les interventions de médiation sanitaire en lien avec des structures de ville ;
- les modèles de financement et de mutualisation de l'interprétariat professionnel en ville et à l'hôpital ;
- les pratiques de traduction assistée par ordinateur éventuellement utilisées par certains professionnels de santé, tout en gardant à l'esprit la prudence à laquelle invite la HAS sur ces moyens de communication ;
- les formations et outils d'aide au repérage et à l'orientation des personnes présentant une souffrance psychique, notamment pour les travailleurs sociaux.

[7] Référentiels de compétences, formation et bonnes pratiques : Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé, HAS, oct. 2017.

[8] Référentiels de compétences, formation et bonnes pratiques : La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, HAS, oct. 2017.

5. **Autres points**

Deux questions sont fréquemment évoquées comme obstacles potentiels au parcours de santé de migrants primo-arrivants, et méritent une clarification.

a) Suivi sanitaire préventif des étudiants étrangers

Depuis le 1er janvier 2017, les articles L. 313-7 et R. 311-3-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile confient aux établissements d'enseignement supérieur l'organisation du suivi sanitaire préventif des étudiants étrangers. Vous êtes invités à faciliter la formalisation de partenariats entre les établissements d'enseignement supérieur et les CLAT. Les conventions de partenariat définiront notamment les conditions d'orientation des étudiants vers ces structures par les établissements d'enseignement supérieur ainsi que les modalités de suivi de l'activité de dépistage de la tuberculose. En tout état de cause, l'absence de formalisation de partenariats ou d'orientation préalable par les établissements d'enseignement supérieur ne saurait être un obstacle au dépistage de la tuberculose en CLAT.

Afin d'évaluer l'impact pour les CLAT, un bilan quantitatif et qualitatif du dépistage de la tuberculose des étudiants étrangers au sein des CLAT sera établi par chaque ARS et transmis à la direction générale de la santé en septembre 2019.

b) Consentement aux soins et domiciliation des mineurs non accompagnés en l'absence de représentation légale

Pour les personnes qui indiquent être mineures, et sans représentation légale, la question du consentement des titulaires de l'autorité parentale pour les soins se pose. En l'absence de représentation légale, par analogie avec les articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1 du code de la santé publique, si le mineur est accompagné par un majeur de son choix, les médecins et les sages-femmes peuvent mener des actions de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement ou d'intervention s'imposant pour sauvegarder la santé des mineurs non accompagnés. Les infirmiers peuvent également mener de telles actions pour les questions relatives à la santé sexuelle.

Concernant la domiciliation, en accord avec la note d'information du 5 mars 2018 relative à l'instruction DGCS/SD1B/2016/188 du 10 juin 2016, les organismes domiciliataires peuvent établir une attestation d'élection de domicile au bénéfice de mineurs ayant des besoins propres en matière d'accès aux droits, de couverture maladie ou d'autres prestations sociales (prestation d'accueil du jeune enfant ou allocations familiales, par exemple).

Nous vous invitons à nous faire remonter les difficultés éventuelles que vous rencontreriez dans la mise en œuvre de cette instruction.

Pour la ministre et par délégation :

Le directeur général de la santé,
J. Salomon

La directrice générale de l'offre de soins,
C. Courreges

La directrice de la sécurité sociale,
M. Lignot Leloup

Le directeur général de la cohésion sociale,
J.-P. Vinquant

Le secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales,
S. Fourcade

ANNEXE 1

Haut Conseil de la santé publique

AVIS

relatif aux recommandations concernant la visite médicale des étrangers primo-arrivants en provenance de pays tiers

Version du 6 mai 2015

Le Haut Conseil de la santé publique a reçu le 20 novembre 2014 une saisine conjointe du ministère chargé de la santé (Direction générale de la santé) et du ministère de l'intérieur (Direction générale des étrangers en France) relative aux enjeux en termes de santé publique du maintien ou de l'évolution de la visite médicale obligatoire que passent actuellement tous les étrangers primo-arrivants de pays tiers qui souhaitent obtenir un titre de séjour pour une durée supérieure à 3 mois sur le territoire national.

Il est demandé au HCSP d'émettre un avis sur « l'opportunité du maintien ou non de cette visite réalisée actuellement par les services médicaux de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii). Si cette visite est maintenue, il conviendra de redéfinir son contenu, les populations concernées et le moment où elle doit être réalisée. Il s'agira notamment d'analyser la place de cette visite au regard des enjeux de sécurité sanitaire internationale (Règlement sanitaire international et politique sanitaire européenne) et de risque collectif de santé publique ».

Le HCSP a pris en considération les éléments suivants

- **L'arrêté du 11 janvier 2006** relatif à la visite médicale des étrangers autorisés à séjourner en France [1].
- **Les éléments issus du rapport conjoint IGA/IGAS** d'octobre 2013 [2] : celui-ci estime que le dispositif d'accueil aux migrants doit s'assurer que tous les migrants soient pris en charge à leur arrivée en France tout en facilitant leur accès aux dispositifs de droit commun. Il recommande notamment de maintenir la visite médicale par l'Ofii en complétant son contenu par le dépistage d'autres pathologies transmissibles, de déconnecter cette visite médicale de l'obtention du titre de séjour et d'étudier la possibilité de réduire le nombre d'étrangers soumis à la visite médicale.
- **La note de la direction de l'immigration,** sous-direction du séjour et du travail du ministère de l'Intérieur, en date du 16 juin 2014 relative à l'évolution des modalités de la visite médicale des demandeurs de titres de séjour. Cette note évoque diverses possibilités d'évolution du système actuel : augmentation du nombre de visites pratiquées à l'étranger, multiplication des acteurs habilités en France à effectuer cette visite : médecine universitaire, médecine du travail, médecins libéraux et praticiens hospitaliers assermentés, l'Ofii pouvant garder un rôle de coordination.
- **Le projet de loi portant réforme du droit d'asile (art. L. 733-5)** [3] selon lequel « L'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra) peut demander à la personne sollicitant l'asile de se soumettre à un examen médical. […] Le fait que la personne refuse de se soumettre à cet examen médical ne fait pas obstacle à ce que l'office statue sur sa demande. […] Un arrêté conjoint du ministre chargé de l'asile et du

ministre chargé de la santé, pris après avis du directeur général de l'office, fixe les modalités d'agrément des médecins et d'établissement des certificats médicaux ».

- **Le rapport du bureau régional Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de la Commission européenne** : « How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity » de 2010 [4] qui inscrit les problèmes de santé des migrants et leurs besoins de soins dans la perspective générale des déterminants sociaux de la santé et propose vingt-cinq recommandations pour améliorer la prise en compte des besoins de santé des migrants et l'équité des systèmes de soins de santé pour ces populations.
- **Les recommandations de bonne pratique médicale en matière de soins aux migrants** publiées dans la littérature scientifique et médicale européenne [5,6] ou nord-américaine (notamment canadienne [7]) qui mettent l'accent sur la nécessité de l'interprétariat professionnel[1] (en face-à-face, par vidéoconférence ou à défaut, par téléphone) pour lever les obstacles linguistiques, mais aussi l'intérêt de la formation des professionnels pour augmenter leur compétences culturelles (des formations qui font partie du cursus initial des études médicales dans plusieurs pays européens) et les bénéfices de l'intervention de médiateurs culturels pour améliorer la qualité des soins.
- **Les données française relatives à la santé et aux recours aux soins des migrants** synthétisées notamment dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) de l'Institut de veille sanitaire (InVS) du 17 janvier 2012 [8] et dans le bulletin Infos migrations (Direction générale des étrangers en France) de juillet 2014 [9]. Ces travaux appellent à une modification des politiques sanitaires et sociales visant à améliorer l'état de santé et l'accès aux soins des populations d'origine étrangère et rappellent en particulier que :
    - Globalement, les effets de sélection du « biais de migration en bonne santé » (ce sont généralement les personnes en meilleure santé qui entreprennent de migrer) font que les immigrés récemment arrivés sont, à âge et sexe comparables, plutôt en meilleure santé que les nationaux [10].
    - Dans le même temps, des disparités de santé sont relevées selon le pays d'origine (et/ou des pays traversés[2] [11]) en fonction de l'épidémiologie des maladies qui y sont observées, en matière non seulement de maladies transmissibles mais aussi de maladies chroniques (obésité, diabète) [12].
    - Chez les exilés, particulièrement les demandeurs d'asile et les réfugiés, les troubles psychiques constituent la pathologie la plus fréquente. L'exil, la migration et le voyage peuvent en effet entraîner des conséquences psychopathologiques en raison des violences ou des événements ayant motivé la migration, mais aussi de la rupture des liens familiaux, des repères culturels et sociaux [13].
    - L'accès aux soins de migrants récemment arrivés est susceptible de rencontrer différents obstacles, non seulement linguistiques et culturels, mais également liés à la méconnaissance de l'organisation du système de soins français et des systèmes de prise en charge des coûts des soins [14].
    - Les conditions de vie que connaissent, ensuite, certains immigrés en France expliquent – au moins en partie - la détérioration de leur état de santé, qui tend à s'aggraver avec la durée de présence dans notre pays [10].

[1] Voir aussi à ce sujet : Schwartzinger M. Usage et opportunités du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé : analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du VIH/Sida, de la tuberculose et du diabète. Paris : Direction générale de la santé, décembre 2012, 139 p.

[2] 90 % des primo-arrivants demandant un premier titre de séjour ont toujours vécu dans leur pays de naissance (« migration directe ») mais, parmi les 10 % restants, 7/10 ont vécu dans un seul autre pays (et proviennent surtout d'Europe hors UE) et 3/10 ont transité dans plusieurs pays (ils proviennent surtout d'Afrique subsaharienne ou d'autres régions du monde) (données 2009, ELIPA).

- **Les nouvelles recommandations sur la « Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C » publié en 2014 [15]** qui rappelle que la prévalence[3] de l'AgHBs est de 0,55 % pour les personnes nées en France métropolitaine, 0,92 % pour celles nées en Asie, 2,45 % pour celles nées au Moyen-Orient et 5,25 % pour celles nées en Afrique subsaharienne ; et que la prévalence de l'hépatite C est de 1,69 % pour les personnes nées en zones de moyenne endémicité (Afrique du Nord et subsaharienne, Asie, Pacifique et sous-continent indien) et de 10,17 % chez les personnes nées au Moyen-Orient, contre une prévalence globale de 0,84 % en France métropolitaine (tous lieux de naissance confondus).
- **Les informations recueillies au travers des différentes auditions** qui ont concerné le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et la médecine universitaire, l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii, ministère de l'Intérieur), le centre Primo Levi, le Centre MST de l'hôpital Saint-Louis (pour la Société française de dermatologie), l'association Médecins du Monde, la Direction générale du travail (ministère du Travail), le Centre de lutte antituberculeuse (Clat) du Bas-Rhin, le Comité médical pour les exilés (Comede), la Direction générale des étrangers en France (ministère de l'Intérieur).

Le HCSP a ainsi fait les constatations suivantes :

- La visite médicale de l'Ofii concerne aujourd'hui environ 200 000 personnes par an. L'immigration familiale (environ 80 000 visites par an) et étudiante (environ 60 000 visites par an) vient loin devant l'immigration de travail (20 000 visites par an, qui n'est plus obligatoire pour la délivrance de titres de séjour « talents » depuis août 2014) tandis que, parmi les 70 000 demandeurs d'asile, une minorité seulement bénéficie de cette visite (cf. infra). Les ressortissants de l'Union européenne ne sont pas concernés par ce dispositif.
- Il persiste une ambiguïté dans la désignation de la population cible du dispositif existant. En fait de « primo-arrivants », la visite médicale est également obligatoire pour les immigrés demandant à changer de statut, c'est-à-dire pour des étrangers présents sur le territoire depuis plusieurs années, ce qui n'est pas justifié. De même, les étrangers en situation irrégulière régularisés sont généralement présents en France depuis plusieurs années et ne peuvent être considérés comme des « primo-arrivants ».
- La visite médicale réalisée actuellement est censée répondre à un double objectif de contrôle et de prévention. Le HCSP considère qu'il existe un obstacle éthique et déontologique à ce que ces deux fonctions soient effectuées par une même structure.
  - En santé publique, ces deux missions sont, en pratique, antinomiques par nature : face à une autorité de contrôle, le constat est général que les risques et les comportements de dissimulation font obstacle aux actions de prévention et, notamment, à l'acceptation des dépistages proposés.
  - Sur un plan déontologique, un même médecin ne peut pas assumer à la fois une mission de prévention et une mission de contrôle (Art. 100 du code de déontologie conformément à l'art R.4127-100 du code de la santé publique [16]).
  - La mission de contrôle sanitaire a pour but d'éviter l'introduction sur le territoire national en provenance de pays-tiers de certaines maladies infectieuses et transmissibles mentionnées dans le Règlement sanitaire international (RSI). Le HCSP considère que cette mission ne relève pas de ce dispositif, mais du contrôle sanitaire aux frontières. Il en est de même pour les maladies émergentes (maladie à virus Ebola, SRAS, grippe aviaire…) qui n'appartiennent pas à la liste des quatre

[3] Population générale des 18-80 ans en France métropolitaine en 2004 (données InVS).

maladies devant être obligatoirement notifiées dans le cadre du RSI mais peuvent constituer une USPPI (urgence de santé publique de portée internationale).

- Parmi les maladies transmissibles dont l'introduction sur le territoire national mérite d'être contrôlée, la tuberculose pose un problème particulier dans la mesure où son dépistage et son traitement précoces bénéficient d'abord à la personne atteinte. Le risque de tuberculose chez les migrants est identique à celui encouru dans le pays d'origine et persiste dans les premières années suivant l'entrée sur le territoire [17]. Ainsi en 2009, pour un taux de déclaration de tuberculose de 8,2/100 000 en France, le taux était 8 fois plus élevé chez les personnes nées dans un pays étranger et notamment de 109/100 000 pour ceux nés en Afrique subsaharienne [18]. Parmi les personnes examinées dans le cadre de l'Ofii, l'incidence annuelle de la tuberculose était de 140/100 000 en 2009 et l'Ofii a contribué au dépistage de 7,9 % des cas de tuberculose déclarés en France cette année là [2]. Dans le dispositif actuel, le dépistage d'une tuberculose bacillifère conduit à différer la délivrance du titre de séjour jusqu'à preuve d'une prise en charge adaptée ayant permis de supprimer l'excrétion de bacilles de Koch mais il n'a jamais constitué un motif de refus de délivrance de ce titre de séjour.
- La seconde situation qui peut, aujourd'hui, conduire théoriquement au refus de délivrance d'un titre de séjour est la présence d'une pathologie psychiatrique susceptible de porter atteinte à l'ordre public. Dans les faits, il semble qu'aucune délivrance n'ait jamais été refusée pour ce motif. Le HCSP considère que la protection de l'ordre public est un objectif légitime des pouvoirs publics mais que ses modalités d'application pour les malades mentaux (notamment les hospitalisations sous contrainte) doivent être les mêmes quels que soient la nationalité ou le statut de résidence des personnes présentes sur le territoire. Cette mission relève des services de soins psychiatriques.
- Parmi les demandeurs d'asile, seuls ceux pris en charge en Centre d'accueil pour les demandeurs d'asile (Cada) bénéficient actuellement de cette visite médicale (à leur entrée en Cada).
  - Or, ceux-ci ne représentent actuellement qu'une minorité des demandeurs d'asile (environ 25 000 sur 70 000). Les autres - logés en hébergement d'urgence (environ 25 000) ou par leurs propres moyens (20 000) - n'en bénéficient pas.
  - Qui plus est, les temps d'attente pour entrer en Cada sont tels (17 mois en moyenne en région parisienne) que la visite médicale est retardée d'autant et ne répond plus aux objectifs de prévention des primo-arrivants récents.
  - Chez les demandeurs d'asile, la première cause de morbidité est en rapport avec les conséquences physiques et, surtout, psychologiques des violences vécues dans le pays d'origine ou pendant la trajectoire de migration. Alors que de nombreux professionnels plaident pour un dépistage systématique de ces violences et de leurs conséquences (dont la majorité relève d'une prise en charge en soins primaires), celles-ci restent mal identifiées et peu prises en compte à l'arrivée en France. On ne compte par ailleurs qu'un nombre très restreint de structures spécialisées (par exemple six centres de soins destinés aux victimes de torture en métropole pour une population estimée de 125 000 victimes vivant en France).
- La démographie médicale des médecins du travail est en importante diminution : actuellement au nombre de 5 000 pour 22 millions de travailleurs, ils seront deux fois moins nombreux dans les dix prochaines années. Par ailleurs, les objectifs et le contenu de la visite médicale d'aptitude au travail ne recouvrent pas ce qui est souhaité pour la visite médicale des primo-arrivants.
- Certains territoires disposent de services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé performants [19].

Le Haut Conseil de la santé publique recommande que :

- **Soit maintenu un « Rendez-vous Santé » obligatoire avec un contenu modulable pour les primo-arrivants :**
  - **dans un délai optimal de 4 mois après l'entrée sur le territoire[4] ;**
  - **détaché de toute fonction de contrôle et strictement soumis au secret médical ;**
  - **ayant pour objectifs l'information, la prévention, le dépistage, l'orientation et l'insertion dans le système de soins de droit commun.**
- **Ce « Rendez-vous Santé » puisse être effectué dans diverses structures, en fonction notamment du type de population concernée (étudiants, immigration familiale).**
- **Ce « Rendez-vous Santé » concerne les populations suivantes quelle que soit leur origine géographique (à l'exception des ressortissants de l'Union européenne) :**
  - étudiants,
  - personnes arrivant dans le cadre de l'immigration familiale,
  - travailleurs,
  - demandeurs d'asile,

  Le HCSP prend acte du décret du 18 août 2014 dispensant les « talents » de cette procédure.
- **Ce « Rendez-vous Santé » soit idéalement effectué dans un lieu unique** intégrant les aspects sanitaires, sociaux, psychologiques/psychiatriques et informationnels.
- **A l'occasion de ce « Rendez-vous Santé » soient systématiquement délivrées des informations sur les points suivants** *:*
  - les principes de la santé en France : secret médical, égalité des droits notamment homme-femme, consentement aux soins, libre choix du médecin traitant ;
  - les règles de fonctionnement du service public reposant sur des professionnels de santé des deux sexes ayant les mêmes missions ;
  - les modalités d'accès, d'organisation et de fonctionnement du système de soins en France ;
  - les modalités de prise en charge des soins (assurance maladie, CMU, …) ;
  - la santé des femmes : suivi périnatal (service de protection maternelle et infantile), intégrité du corps, accès à la contraception, droit à l'avortement, violences intrafamiliales, dépistage des cancers gynécologiques, …
  - la santé et la protection des mineurs : service de protection maternelle et infantile (PMI), service de protection de l'enfance, service de santé scolaire, …
- **Le recours à l'interprétariat professionnel soit systématique pour les personnes non francophones.**
- **La structure en charge de ce « Rendez-vous Santé » ait établi des liens contractuels avec d'autres structures de santé pour concourir à la réalisation de ses missions et permettre notamment un accès facilité et effectif aux soins en cas de nécessité, ainsi qu'un retour d'information après orientation.**

[4] Pour différencier du visa touristique délivré pour 3 mois. C'est également le délai maximal recommandé pour le dépistage de la tuberculose chez les migrants [17].

- **Le contenu médical de ce « Rendez-vous Santé » réponde à un cahier des charges national établi en regard d'un référentiel de pratiques.**

- Sans préjuger du travail à conduire pour établir ces recommandations de bonnes pratiques de prévention et de soins primaires à destination des migrants récents[5], **le HCSP recommande en première analyse les examens suivants :**

  Examens obligatoires

  - ***Examen clinique général*** effectué par un médecin incluant systématiquement :
    - une évaluation de l'exposition à des violences physiques et mentales et de leurs conséquences sur la santé (séquelles de sévices, dépression, syndrome post-traumatique, …) ;
    - le recueil des antécédents médicaux personnels (connus) du patient, en particulier des allergies, et des consommations de tabac, d'alcool et de toxiques.
  - ***Evaluation et mise à jour du statut vaccinal***
    - Dans les situations complexes (pas de document), cette évaluation doit être faite dans un centre de vaccinations qui procédera à la mise à jour des vaccinations en fonction du calendrier vaccinal en vigueur.
  - ***Dépistage de la tuberculose*** pour toutes les personnes provenant ou ayant séjourné dans un pays de haute endémicité tel que défini par l'OMS[6], quels que soient leur âge et leur statut vaccinal vis-à-vis du BCG. La situation épidémiologique de certains pays appartenant à l'UE mérite une attention particulière.
    - Le dépistage de la tuberculose relève de la mission des Clat avec lesquels la structure en charge du « Rendez-vous Santé » santé devra contractualiser.
    - Le Clat a pour mission d'orienter les personnes atteintes vers une structure de soins, d'organiser un éventuel dépistage dans l'entourage et de prévoir pour les personnes non atteintes une éventuelle visite à distance[7]. Pour les jeunes enfants, les Clat peuvent avoir recours à une consultation hospitalière spécialisée.

  Examens systématiquement proposés

  - ***Dépistage VIH, VHB, VHC :*** pour la réalisation de ces examens, la structure devra avoir contractualisé avec des centres de dépistage (centres de dépistage anonymes et gratuits, centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic par exemple - CGIDD). Par ailleurs, les centres responsables de ce « Rendez-vous Santé » représentent potentiellement des lieux privilégiés pour l'utilisation de tests rapides d'orientation diagnostique (Trod).
    - Une attention particulière doit être portée aux personnes provenant de pays de haute et moyenne endémicité pour ces infections[8].

[5] Voir par exemple la démarche canadienne entreprise en 2010 à partir d'une méthode de consensus (Delphi) [20], déclinée en recommandations de bonnes pratiques [7].

[6] Liste actuelle : Afrique dans son ensemble, Amérique du Sud et Amérique centrale, Asie dans sa totalité y compris le Moyen-Orient et pays de l'Europe de l'Est hors Union européenne.

[7] Le risque de tuberculose chez les migrants primo-arrivants de pays à forte incidence reste très élevé dans les 3 ans suivant leur arrivée [17].

[8] Depuis 2009, les recommandations de la HAS préconisent une proposition de dépistage universel de l'infection par le VIH à toute la population (quelque soit son niveau d'exposition à un risque de contamination par le VIH) et le maintien et le renforcement d'un dépistage ciblé *et régulier* pour les populations à risque (dont « les personnes originaires d'une zone de haute prévalence, notamment [mais pas seulement] d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes ») [21]. Depuis 2001, les recommandations de l'ANAES préconisent un dépistage ciblé du virus de

- Concernant l'hépatite B, les personnes en provenance des pays de haute/moyenne prévalence, séronégatives et non infectées devraient être vaccinées.
- Les personnes dépistées positives pour une ou plusieurs de ces infections doivent être activement orientées vers une filière de soins adaptée.

Examens non systématiques mais réalisés en fonction des résultats de l'examen clinique, des facteurs de risque, de l'origine géographique, des modes de vie

- Dépistage de drépanocytose et autres hémoglobinopathies.
- Dépistage du diabète par la mesure de la glycémie à jeun.
- Dépistage du saturnisme chez les enfants.
- Examen urinaire par bandelette (protéinurie, hématurie, leucocyturie).
- Examen microbiologique des selles, en particulier parasitologique.

- **La réalisation de ce « Rendez-vous Santé » des primo-arrivants se fasse**
  - dans un délai raisonnable par rapport à la date de l'entrée sur le territoire national, le plus tôt possible dans un délai optimal de 4 mois ; ce délai fera l'objet d'un suivi systématique et devra figurer dans les rapports annuels des structures en charge du « Rendez-vous santé »
  - et sur le territoire national, les objectifs de ce « Rendez-vous Santé » dépassant largement la simple visite médicale.

- **Les personnes en situation d'obtenir un titre de séjour à l'issue d'une présence plus prolongée sur le territoire national ne soient plus concernées pas cette procédure.**

- **A l'issue de ce « Rendez-vous Santé » soit délivrée une attestation** qui
  - mentionne que
    - la personne a effectivement assisté au « Rendez-vous santé », à l'exclusion de toute autre information confidentielle ;
    - si la personne *était é*ligible au dépistage de la tuberculose, celui-ci a été effectivement réalisé.
  - sera le seul document délivré dans ce cadre pour permettre l'obtention du titre de séjour.

- **Des formations spécifiques destinées aux personnels des structures en charge de ces « Rendez-vous Santé » soient développées (santé des migrants, santé internationale, pratiques d'accueil et de médiation, …).**

- **Les données recueillies et anonymisées lors de ce « Rendez-vous Santé » puissent être utilisées à des fins épidémiologiques.**

l'hépatite C auprès (entre autres) des « personnes originaires ou ayant reçu des soins en Asie du Sud-est, au Moyen-Orient, en Afrique du Nord et subsaharienne et en Amérique du Sud » [22]. En 2014, le rapport Dhumeaux précise pour la première fois en France la stratégie de dépistage du virus de l'hépatite B (en dehors du dépistage obligatoire des femmes enceintes et des donneurs de sang) et préconise le dépistage « des personnes nées ou ayant résidé dans les régions de forte (Afrique subsaharienne, Asie) et de moyenne endémicité (DROM-COM, Europe de l'Est et du Sud, Afrique du Nord, Moyen-Orient, sous-continent indien et Amérique du Sud) » [15].

La Commission spécialisée Maladies transmissibles (CSMT) a été consultée par voie électronique le 3 février 2015 : 11 membres qualifiés sur 14 membres votants ont répondu, 0 conflit d'intérêt, le texte a été approuvé par 11 votants, 0 abstention et 0 vote contre.

La Commission spécialisée Maladies chroniques (CSMC) a été consultée par voie électronique le 3 février 2015 : 11 membres qualifiés sur 15 membres votants ont répondu, 0 conflit d'intérêt, le texte a été approuvé par 11 votants, 0 abstention et 0 vote contre.

La Commission spécialisée Prévention, éducation et promotion de la santé (CSPEPS) a été consultée par voie électronique le 3 février 2015 : 14 membres qualifiés sur 16 membres votants ont répondu, 0 conflit d'intérêt, le texte a été approuvé par 14 votants, 0 abstention et 0 vote contre.

Références

[1] Arrêté du 11 janvier 2006 relatif à la visite médicale des étrangers autorisés à séjourner en France.

Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000454126&fastPos=1&fastReqId=799233993&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte (consulté le 20/01/2015).

[2] Gagneron W, Cronel A, Bensussan C. Rapport sur l'évaluation de la politique d'accueil des étrangers primo-arrivants. Paris, Ministère de l'Intérieur (Inspection générale de l'administration, n°013-062/13-034/01) et Ministère des Affaires Sociales et de la Santé (Inspection générale des affaires sociales, n°2013-066), octobre 2013.

[3] Assemblée nationale. Projet de loi relatif à la réforme de l'asile. N°2182, juillet 2014.

Disponible sur http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/projets/pl2182.pdf (consulté le 20/01/2015).

[4] WHO Europe. How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. Copenhagen WHO Regional Office 2010

Disponible sur http://www.euro.who.int/data/assets/pdffile/0005/127526/e94497.pdf (consulté le 20/01/2015).

[5] Priebe S, Sandhu S, Dias S, *et al.* Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. BMC Public Health 2011; 11: 187.

Disponible sur http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-11-187.pd (consulté le 20/01/2015).

[6] Mladovsky P, Ingleby D, McKee M, Recher B. Good practices in migrant health: the European experience. Clinical Medicine 2012; 12(3): 248-52.

Disponible sur http://www.clinmed.rcpjournal.org/content/12/3/248.full.pdf+html (consulté le 20/01/2015).

[7] Pottie K, Greenaway C, Feightner J, *et al.* Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *CMAJ* 2011 ; 183(12): E824-925.

Disponible sur http://www.cmaj.ca/content/183/12/E824.full.pdf+html (consulté le 23/01/2015).

[8] Santé et recours aux soins des migrants en France. *BEH* 2012 ; 2-3-4 : 13-51.

Disponible sur http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2012/BEH-n-2-3-4-2012 (consulté le 20/01/2015).

[9] Coirier E. L'état de santé des nouveaux migrants. Infos migrations 2014, n°70.

Disponible sur http://www.immigration.interieur.gouv.fr/content/download/71770/524668/file/IM_70_Etat_sante_migrants_def.pdf (consulté le 20/01/2015).

[10] Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C. Inégalités de santé liées à l'immigration en France. Effet des conditions de vie ou sélection à la migration ? Revue économique 2009 ; 60(2) : 385-411.

Disponible sur http://www.cairn.info/landing_pdf.php?ID_ARTICLE=RECO_602_0385 (consulté le 20/01/2015).

[11] Régnard C, Domergue F. Les nouveaux migrants en 2009. Infos migrations 2011, n°19.

Disponible sur http://www.immigration.interieur.gouv.fr/content/download/38847/296207/file/IM_19_ELIPA_2.pdf (consulté le 20/01/2015).

[12] Berchet C. Etat de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature. BEH 2012 ; 2-3-4 : 17-21.

Disponible sur http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2012/BEH-n-2-3-4-2012 (consulté le 20/01/2015).

[13] Comité médical pour les exilés. Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnements. Guide pratique pour les professionnels. Paris, Comede, édition 2013.

Disponible sur http://www.comede.org/IMG/pdf/guide_comede_2013.pdf (consulté le 20/01/2015).

[14] Drouot N, Tomasino A, Pauti MD, *et al.* L'accès aux soins des migrants en situation précaire à partir des données de l'Observatoire de Médecins du Monde. *BEH* 2012 ; 2-3-4 : 41-4.

Disponible sur http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2012/BEH-n-2-3-4-2012 (consulté le 20/01/2015).

[15] Dhumeaux D, (ss la dir.). Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Rapport de recommandations 2014, sous l'égide de l'ANRS et de l'AFEF. Paris, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2014. (voir chapitres Epidémiologie, pp. 1-18, Dépistage, pp. 19-40, Vaccination contre l'hépatite B, pp. 41-66).

Disponible sur http://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatites_2014.pdf (consulté le 23/01/2015).

[16] Article R4127-100 du Code de la santé publique. Exercice de la médecine de contrôle.

Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=AC29EA71F99845BECD580C0BFFAB06F1.tpdjo02v_1?idSectionTA=LEGISCTA000006198781&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20150120 (consulté le 20/01/2015).

[17] Groupe de travail « Tuberculose et migrants ». Recommandations relatives à la lutte antituberculeuse chez les migrants en France. Paris, Direction générale de la santé, juin 2005.

Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/dossiers/cshpf/r_mt_070605_tubermigrants.pdf (consulté le 20/01/2015).

[18] Lot F, Antoine D, Pioche C, et al. Trois pathologies infectieuses fréquemment rencontrées chez les migrants en France : le VIH, la tuberculose et l'hépatite B. BEH 2012 ; 2-3-4 : 25-30.

Disponible sur http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2012/BEH-n-2-3-4-201 (consulté le 20/01/2015).

[19] Ministère de l'Education nationale. Bilan d'activité des services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS/SIUMPPS). Paris, Ministère de l'Education nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, 2012.

[20] Swinkels H1, Pottie K, Tugwell P, Rashid M, Narasiah L. Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health (CCIRH). Development of guidelines for recently arrived immigrants and refugees to Canada: Delphi consensus on selecting preventable and treatable conditions. CMAJ 2011; 183(12): E928-32.

Disponible sur http://www.cmaj.ca/content/183/12/E928.full.pdf+html (consulté le 20/01/2015).

[21] Haute Autorité de santé. Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositif de dépistage. Synthèse et recommandations. Saint-Denis La Plaine, HAS, octobre 2009.

Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_depistage_vih_HAS_2009-2.pdf (consulté le 20/01/2015).

[22] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Dépistage de l'hépatite C. Populations à dépister et modalités du dépistage. Paris, Anaes, janvier 2001.

Disponible sur www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/hepatite.pdf (consulté le 20/01/2015).

Annexe - Auditions des 25 et 26 novembre et du 3 décembre 2014

Personnes auditionnées

25 novembre 2014

Stéphane CARTON
Département de l'orientation et de la vie des campus, direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle – Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche

Pr Laurent GERBAUD
Service de santé universitaire de l'université de Clermont-Ferrand et Association des directeurs de services de santé universitaires

Yannick IMBERT et Arlette VIALLE
Direction générale
Nathalie HAYASHI
Direction de l'immigration, du retour et de la réinsertion des étrangers
Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii)

26 novembre 2014

Sibel AGRALI
Centre Primo Levi

Dr Françoise Julie TIMSIT
Centre clinique et biologique des MST, hôpital Saint-Louis (pour la Société française de dermatologie)

Dr Marie-Dominique PAUTI
Mission France, Médecins du Monde

Patricia MALADRY
Inspection médicale, direction générale du travail - Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social

Dr Philippe FRAISSE
Centre de lutte antituberculeuse du Bas-Rhin, Réseau national des centres de lutte antituberculeuse, service de pneumologie, Nouvel Hôpital Civil de Strasbourg

Arnaud VEISSE
Direction générale - Comité pour la santé des exilés (Comede)

3 décembre 2014

Luc DEREPAS et Bernard MONTAGNON
Direction générale des étrangers en France (DGEF)
Sabine ROUSSELY
DGEF, direction de l'immigration, sous-direction du séjour et du travail
Ministère de l'Intérieur

Questionnaires

Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche (Médecine universitaire)

- Les étudiants étrangers bénéficient-t-ils d'une visite médicale lors de leur entrée à l'université en France ?
- La visite médicale des étudiants primo-arrivants pourrait-elle être réalisée par la médecine universitaire ? Si oui, sous quelles conditions ?
- Quels sont pour vous les avantages et les limites du dispositif actuel concernant la visite médicale des personnes primo-arrivantes en France (étudiants en particulier) ?
- Selon vous, est-il nécessaire pour cette visite médicale de redéfinir les objectifs, le contenu, les publics bénéficiaires ?

Office français de l'immigration et de l'intégration

- De quels moyens humains et matériels dispose l'Ofii (cabinets, personnel, appareils...) pour réaliser les visites médicales des personnes primo-arrivantes ? Notamment où sont effectuées les radiographies thoraciques et qui en fait l'interprétation ?
- Quels examens sont effectivement réalisés ? En quoi consiste l'examen d'urine ?
- Concernant le suivi des dépistages :

  A qui sont référées les personnes en cas d'anomalies dépistées ?

  Quel est le pourcentage de retours ?

  Qui en prend connaissance ?

  Des mesures sont-elles prises à l'issue des retours éventuels ?

  Pour la tuberculose, combien de personnes sont adressées annuellement aux Clat (centre de lutte antituberculeuse) ?
- Quels sont pour vous les avantages et les limites du dispositif actuel concernant la visite médicale des personnes primo-arrivantes en France ?
- Selon vous, est-il nécessaire pour cette visite médicale de redéfinir les objectifs, le contenu, les publics bénéficiaires ?

Comede, Centre Primo Levi, Médecins du Monde

- Quels sont pour vous les avantages et les limites du dispositif actuel concernant la visite médicale des personnes primo-arrivantes en France (salariés en particulier) ?
- Selon vous, est-il nécessaire pour cette visite médicale de redéfinir les objectifs, le contenu, les publics bénéficiaires ?
- Avez-vous des retours d'informations sur les résultats des dépistages et sur les suivis éventuels ?

Société française de dermatologie (Centre MST)

- Quels sont pour vous les avantages et les limites du dispositif actuel concernant la visite médicale des personnes primo-arrivantes en France (salariés en particulier) ?
- Selon vous, est-il nécessaire pour cette visite médicale de redéfinir les objectifs, le contenu, les publics bénéficiaires ?

Centre de lutte antituberculeuse (CLAT)

- Quel est le nombre de cas de tuberculose annuellement référés par l'Ofii ?
- Quels sont pour vous les avantages et les limites du dispositif actuel concernant la visite médicale des personnes primo-arrivantes en France ?

- Selon vous, est-il nécessaire pour cette visite médicale de redéfinir les objectifs, le contenu, les publics bénéficiaires ?

Ministère de l'Intérieur (Direction générale des étrangers en France)

- Quels sont pour vous les avantages et les limites du dispositif actuel concernant la visite médicale des personnes primo-arrivantes en France ?
- Selon vous, est-il nécessaire pour cette visite médicale de redéfinir les objectifs, le contenu, les publics bénéficiaires ?
- Comment envisagez-vous le rôle de l'Ofii dans le cadre de l'élaboration du nouveau projet de loi sur l'immigration ?
- Si la notion d'absence de lien conditionnel entre la délivrance du visa et la visite médicale était renforcé, quel système permettrait de maintenir le principe d'une visite médicale obligatoire pour les personnes primo-arrivantes dans la perspective d'un bénéficie individuel et collectif ?

Direction générale du travail (Inspection du travail)

- La visite médicale des personnes primo-arrivantes pourrait-elle être « fusionnée » avec la visite d'embauche ? Si oui, sous quelles conditions ?
- Quels sont pour vous les avantages et les limites du dispositif actuel concernant la visite médicale des personnes primo-arrivantes en France (salariés en particulier) ?
- Selon vous, est-il nécessaire pour cette visite médicale de redéfinir les objectifs, le contenu, les publics bénéficiaires ?

Haut Conseil de la santé publique
14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
www.hcsp.fr

ANNEXE 2

[En-tête de l'établissement]

Objet : attestation sur l'honneur relative aux pièces justificatives manquantes du dossier de demande d'aide médicale de l'État ci-joint.

Madame, Monsieur,

En conformité avec l'instruction n° DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants,

je, soussigné(e) : M/Mme ……,

Directeur(rice) de ……*[nom de l'établissement]*

atteste sur l'honneur que les documents justificatifs suivants n'ont pu être joints à la demande d'aide médicale de l'État de M/Mme…….....

ayant bénéficié de soins dans notre établissement du ……./……./…… au ……./……./……

malgré les actions mises en œuvre par notre établissement :

☐ document attestant de l'identité

☐ document attestant de la résidence en France depuis plus de 3 mois

☐ document attestant de la domiciliation en l'absence d'adresse

Fait à …… le ……./……./…… :

Signature et cachet de l'établissement

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

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

Bureau prises en charge post-aiguës,
pathologies chroniques
et santé mentale (R4)

Instruction n° DGOS/R4/2018/150 du 19 juin 2018 relative à l'appel à projet national pour l'identification de dispositifs de prise en charge globale du psychotraumatisme

NOR : *SSAH1816932J*

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 8 juin 2018. – Visa CNP 2018-49.

Catégorie : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application.

Résumé : cette instruction a pour objet de décrire les modalités d'identification d'une dizaine de dispositifs spécialisés dans la prise en charge globale du psychotraumatisme annoncés le 25 novembre 2017 par le président de la République. Elle s'accompagne du cahier des charges des dispositifs, du dossier de candidature et de la grille d'évaluation des projets.

Mots clés : psychotraumatisme – victimes – violences – animation – réseau – compétences.

Références : articles L. 1411-1 et L. 3221-1 et suivants du code de la santé publique.

Annexes :

Annexe 1. – Cahier des charges des dispositifs de prise en charge globale du psychotraumatisme.

Annexe 2. – Dossier de candidature.

Annexe 3. – Grille d'évaluation des projets.

La directrice générale de l'offre de soins à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé ; Mesdames et Messieurs les préfets de région et de département ; copie à : Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissement de santé ; Mesdames et Messieurs les présidents d'URPS ; Mesdames les directrices régionales aux droits des femmes et à l'égalité ; Mesdames et Messieurs les délégués départementaux aux droits des femmes et à l'égalité (pour information).

1. Les enjeux de la prise en charge psychologique des victimes de violence

Selon le rapport 2017 de l'enquête Cadre de vie et sécurité[1], en moyenne chaque année 364 000 personnes âgées de 18 à 75 ans ont été victimes de violences physiques et/ou sexuelles au sein du ménage, entre 2012 à 2016. L'observatoire national de la protection de l'enfance[2] recense quant à lui 19 700 mineurs victimes de violences sexuelles en 2016, dont 7 050 victimes de viols.

Ces dernières années, plusieurs phénomènes, dont les attentats, les parcours de migration, l'évolution des relations dans le monde du travail, la survenue de catastrophes naturelles, ont contribué à augmenter l'exposition à des violences d'une partie de la population.

[1] INSEE/Observatoire national de la délinquance et de la réponse pénale (ONDRP).

[2] Rapport au Gouvernement et au Parlement, décembre 2017.

Or, les violences subies, quelle qu'en soit l'origine (violences familiales, sexuelles, catastrophes, attentats, violences dans le monde du travail…) ont de multiples conséquences, aujourd'hui largement reconnues, sur la santé psychique et physique des individus ; elles sont à l'origine du développement de comportements à risques, d'échec scolaire, de pathologies somatiques, de suicides. Les troubles qu'elles engendrent, regroupés sous le terme de psychotraumatisme, présentent un caractère systémique qui impose une approche de santé globale, associant prise en charge psychologique et prise en charge somatique.

La prise en charge la plus précoce possible des victimes de violences constitue à ce jour un enjeu majeur de santé publique, en plus d'un enjeu médico-économique non négligeable[3].

Cette prise en charge, qui doit mobiliser des professionnels formés et être réalisée dans un cadre pluridisciplinaire afin d'assurer la prise en compte de la dimension psychologique et somatique des troubles, est aujourd'hui insuffisamment diffusée et structurée. Il existe en effet peu de consultations spécialisées en psychotraumatologie, que ce soit dans un cadre hospitalier ou libéral. Par ailleurs, la formation des professionnels doit être renforcée et les délais d'accès améliorés.

Dans ce contexte et en lien avec la stratégie quinquennale nationale de prévention et de lutte contre les violences sexistes et sexuelles et le plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants (2017-2019), M. Emmanuel Macron, Président de la République, a annoncé, dans son discours à l'occasion de la journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes, l'identification à titre pilote de 10 dispositifs spécialisés dans la prise en charge globale du psychotraumatisme pour tout type de victime.

2. **Le cahier des charges des dispositifs de prise en charge globale du psychotraumatisme**

Le cahier des charges annexé à cette instruction, élaboré par un groupe de travail piloté par la DGOS, décrit les attendus auxquels devront répondre ces dispositifs.

Leur mission sera double : d'une part une prise en charge de tout type de victime et de violence, intégrant l'animation des compétences sur le territoire ; d'autre part une fonction de ressource et d'expertise concernant le psychotraumatisme.

2.1. *Les attendus principaux de la fonction « prise en charge » globale du psychotraumatisme*

La prise en charge proposée s'adresse à l'ensemble des personnes, enfants ou adultes, exposées à des violences ayant entraîné ou étant susceptibles d'entraîner un psychotraumatisme : violences physiques, sexuelles, psychologiques, conjugales, intrafamiliales, professionnelles, traumatismes de guerre, traumatismes liés à la migration et aux parcours d'exil, exposition à un attentat, une catastrophe naturelle…

L'approche proposée est globale, psychique et somatique, et l'offre de prise en charge consiste en des consultations, des psychothérapies individuelles et de groupe et des actions d'éducation thérapeutique

La prise en charge est effectuée par des professionnels (psychiatres, pédopsychiatres, psychologues, IDE) formés à la spécificité du psychotraumatisme.

La mobilité des équipes, les ressources de la télémédecine et les partenariats permettent une couverture territoriale large au sein de la région.

2.2. *Les attendus principaux de la fonction « ressource et expertise »*

Le dispositif réalise un travail d'animation des compétences de prise en charge du psychotraumatisme présentes sur le territoire.

Il s'inscrit dans un travail en réseau avec les acteurs de la prise en charge et de l'accompagnement des victimes (SAU, services de médecine et de psychiatrie, associations d'aide aux victimes, foyers d'accueil, protection maternelle et infantile, aide sociale à l'enfance…) afin de permettre la protection, le suivi et l'accompagnement de la victime dans toutes ses dimensions (accès au logement ou à l'hébergement, soutien juridique, accès aux droits sociaux…). Il travaille avec les dispositifs de prise en charge des migrants et les établissements référents pour les enfants de retour de zones.

Il contribue à la sensibilisation au repérage des violences et des troubles psychosomatiques.

Il contribue à la formation aux bonnes pratiques et au transfert de connaissances sur la prise en charge du psychotraumatisme à destination de l'ensemble des acteurs concernés.

[3] Le coût total annuel des violences au sein du couple et de leur incidence sur les enfants a ainsi été évalué à 3,6 milliards d'euros par an dans une étude menée par le Ministère des affaires sociales et de la santé en 2014, dont 21,5 % de coûts directs (médicaux et non médicaux), 66,8 % de coûts indirects et 11,7 % de coûts au titre de l'incidence sur les enfants.

L'objectif est de permettre par la diffusion des connaissances et des bonnes pratiques, l'accès à une prise en charge du psychotraumatisme sur l'ensemble du territoire.

3. **L'appel à projet national**

L'appel à projet s'adresse à des acteurs diversifiés (établissements de santé, centres de santé, maisons de santé pluridisciplinaires, associations…), qui sont incités à se regrouper pour proposer un projet répondant aux besoins de tous les types de victimes et correspondant à un large territoire au sein de la région.

Le projet peut associer une pluralité d'acteurs mais est porté par un établissement qui conventionnera avec l'Agence régionale de santé pour l'octroi du financement.

Le financement se fera en crédits FIR délégués en deuxième circulaire budgétaire 2018.

À cet effet, une enveloppe nationale est prévue à hauteur de 4 millions d'euros en année pleine, correspondant à titre purement indicatif à environ 400 000 € par dispositif.

Vous veillerez à assurer dans les meilleurs délais la diffusion de cette instruction, du cahier des charges et du dossier de candidature à l'ensemble des établissements et acteurs concernés.

Les projets devront vous être remontés par les candidats au plus tard le lundi 10 septembre 2018. Vous effectuerez une première instruction des dossiers sur la base de la grille d'évaluation jointe en annexe 3 et remonterez à la DGOS les dossiers classés par ordre de priorité au plus tard le vendredi 19 octobre 2018 à l'adresse DGOS-R4@sante.gouv.fr.

L'annonce des projets retenus pour un financement en 2018 aura lieu à l'automne 2018.

La mise en place des dispositifs fera l'objet d'une évaluation nationale à 3 ans.

Mes services se tiennent à votre disposition pour toute difficulté.

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

La directrice générale de l'offre de soins,
C. Courreges

La secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales,
S. Fourcade

ANNEXE 1

CAHIER DES CHARGES DES DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PSYCHOTRAUMATISME

Le présent cahier des charges décrit les objectifs, les missions et les conditions de fonctionnement et d'organisation des dispositifs de prise en charge du psychotraumatisme qui seront identifiées. Ces dispositifs comprennent des structures de consultations et de soins et permettent la mobilité de leurs équipes.

Objectifs généraux

La mise en place de dispositifs de prise en charge dédiés aux victimes répond aux objectifs de :

- permettre une prise en charge psychologique couplée à une prise en charge somatique, dans un même lieu ou par convention avec des partenaires identifiés, par des professionnels formés à la spécificité du psychotraumatisme ;
- assurer un accès facilité, et non stigmatisant, à des soins pour les victimes et autoriser ainsi une prise en charge rapide, le cas échéant en urgence ;
- permettre la mise en réseau des compétences de prise en charge du psychotraumatisme pour tout type de victime (adultes, femmes, enfants, adolescents, migrants, etc.) et tout type de psychotraumatisme ;
- permettre la mise en réseau des compétences de prise en charge du psychotraumatisme sur le territoire ;
- offrir une lisibilité pour les professionnels du territoire et permettre ainsi une orientation efficace ;
- contribuer à la coordination et au travail en réseau autour de la prise en charge globale des victimes ;
- favoriser la diffusion des connaissances sur le psychotraumatisme et assurer un soutien des professionnels contribuant à cette prise en charge notamment pour les prises en charge complexes ;
- contribuer aux travaux du Centre national de ressources et de résilience.

Inscription territoriale

Le dispositif et les réseaux qu'il met en place permettent la couverture d'un large territoire au sein de la région, favorisée par la mobilité des équipes.

Missions spécifiques

- accueil et prise en charge médico-psychologique de tout public victime ;
- orientation vers les soins somatiques appropriés et, le cas échéant, vers une prise en charge psychiatrique généraliste (centre médico-psychologique, psychiatre libéral...) ;
- orientation le cas échéant vers un psychomotricien ou un orthophoniste ;
- animation du réseau des compétences de prise en charge du psychotraumatisme présentes sur le territoire ;
- coordination et travail en réseau avec les acteurs de la prise en charge et du soutien des victimes : CUMP, services des urgences des établissements de santé, établissements autorisés en psychiatrie, maisons des adolescents, établissements référents pour la prise en charge des enfants de retour de zones d'opérations de groupements terroristes... ;
- soutien, apport d'expertise voire renfort aux acteurs de la prise en charge et du soutien des victimes, notamment pour les cas complexes ;
- formation aux bonnes pratiques et transfert de connaissances sur la prise en charge du psychotraumatisme vers les professionnels intervenant en santé mentale (psychiatres publics et privés, psychologues, infirmiers), diffusion des travaux du Centre national de ressources et de résilience ;
- mise en réseau avec les autres acteurs du territoire : PMI, médecins généralistes, conseils locaux de santé mentale, PASS, EMPP, associations d'aide aux victimes, associations d'aide aux migrants, aide sociale à l'enfance, foyers d'accueil, centres d'hébergement, CADA, collectivités territoriales, professionnels de la santé scolaire et universitaire...

Public visé

L'ensemble des personnes exposées à des violences ou à un événement ayant entraîné ou étant susceptibles d'entraîner un psychotraumatisme, quelle que soit l'antériorité de ces violences :

– violences physiques, sexuelles, psychologiques (violences dans le couple, violences intrafamiliales, professionnelles, traumatismes de guerre, traumatismes liés à l'exil et à la migration...) ;
– exposition à un événement traumatogène, tel que attentat[1], accident, catastrophe naturelle, deuil traumatique...

L'unité prend en charge les enfants, les adolescents et les adultes.

Activités

À destination des patients

Prise en charge médico-psychologique

Un premier entretien d'accueil et d'orientation est effectué par un professionnel formé au psychotraumatisme, psychologue ou infirmier notamment.

Chaque patient bénéficie d'une évaluation permettant :

– d'évaluer la nature et l'intensité du psychotraumatisme ;
– de s'assurer de l'absence de comorbidités psychiatriques ;
– d'identifier l'ensemble des facteurs de risque somatique liés au psychotraumatisme (conduites à risque, addictions...) en vue d'un adressage aux professionnels concernés ;
– de proposer un programme de soins somatique et psychique et, le cas échéant, un bilan au regard de l'emploi et d'une éventuelle invalidité ;
– de faire le point avec la personne sur ses droits sociaux et sur une éventuelle prise en charge au titre d'une affection de longue durée.

L'évaluation intègre l'utilisation d'une échelle d'évaluation clinique[2].

La prise en charge médico-psychologique est réalisée par les membres de l'équipe soignante sur la base de l'évaluation initiale. Elle comporte :

– des consultations ;
– des psychothérapies (individuelles ou en groupe) ;
– des actions d'éducation thérapeutique.

La prise en charge proposée est décrite dans un projet de soins médico-psychologique et somatique discuté avec la personne et intégrant les modalités de sortie du dispositif.

En cas de besoin, un relais peut être prévu par d'autres spécialistes de santé mentale ou professionnels tels que psychomotriciens ou orthophonistes.

La prise en charge est déclinée de manière spécifique pour les enfants et adolescents.

Prise en charge somatique (sur site ou par orientation et coordination vers des partenaires)

Afin de tenir compte du caractère systémique du psychotraumatisme, la prise en charge psychotraumatique se complète d'une évaluation de l'état de santé somatique de la personne. Si nécessaire, la personne est adressée à son médecin traitant ou à des professionnels du soin somatique exerçant au sein de la structure ou liés à la structure par un partenariat garantissant notamment un accès aux soins à tarifs opposables.

Prise en charge sociale

En l'absence de droits sociaux, le dispositif assure l'orientation de la personne vers une permanence d'accès aux soins de santé (PASS).

Si nécessaire, un lien avec les partenaires est réalisé pour répondre aux besoins de prise en charge sociale (famille, logement, emploi...).

[1] Pour les évènements à caractère collectif (attentat, catastrophe naturelle...), la prise en charge se fait en relais des CUMP.
[2] Préférentiellement la PCL-S (Post-traumatic stress disorder check-list) pour les adultes.

À destination des partenaires sur le territoire

Le dispositif assure la sensibilisation des partenaires du territoire au repérage systématique des violences et du psychotraumatisme. Il met à leur disposition des outils. Il propose des rencontres, des actions de formation, des analyses de cas cliniques, des réunions de concertation pluriprofessionnelles…

Il assure l'animation des compétences présentes sur le territoire couvert pour la prise en charge du psychotraumatisme.

Il assure un transfert de connaissances et de compétences sur la prise en charge du psychotraumatisme en direction des professionnels de la psychiatrie et de la santé mentale (professionnels des établissements de santé mentale publics et privés, psychiatres et psychologues libéraux, médecins généralistes formés…).

Il vient en soutien aux professionnels et leur apporte son expertise pour les situations complexes.

Il peut également participer à des actions de recherche sur le psychotraumatisme, en associant les partenaires et en lien avec le Centre national de ressources et de résilience.

Composition

L'équipe comporte les compétences suivantes :

– médecin psychiatre et pédopsychiatre ;
– médecin généraliste et pédiatre ;
– psychologue clinicien ;
– infirmier ;
– assistant de service social ;
– secrétariat.

Il est à noter que seuls les psychologues salariés peuvent entrer dans le dispositif.

Les professionnels impliqués dans la prise en charge (psychiatres, pédopsychiatres, psychologues et IDE) attestent d'une formation universitaire au psychotraumatisme ou d'une expérience approfondie de la prise en charge du psychotraumatisme.

Le recours à un interprétariat professionnel est organisé pour les patients ne maîtrisant pas la langue française, ainsi que pour les personnes sourdes ou malentendantes.

Modalités d'accès et organisation

Le dispositif se trouve dans un lieu aisément accessible par les transports en commun et disposant préférentiellement d'une offre complémentaire de prise en charge somatique (médecin généraliste, infirmier, gynécologue, pédiatre…).

Dans le cas où cette offre ne serait pas présente sur site, le dispositif formalise un partenariat avec des professionnels du soin somatique s'engageant à prendre en charge les patients dans des délais adaptés, à tarifs opposables et en tiers payant.

Selon la taille du territoire couvert et afin de garantir une égalité d'accès, des consultations peuvent être organisées par l'équipe en plusieurs points du territoire, notamment au sein d'antennes ayant passé convention ou grâce à la mobilité des équipes. Les ressources offertes par la télémédecine sont également mobilisées.

L'accès au dispositif se fait soit directement, soit sur orientation d'un professionnel (médecin de premier recours, urgentiste, travailleur social, professionnels des associations humanitaires…).

Un accueil physique et téléphonique est garanti aux horaires ouvrables.

Les locaux sont adaptés à l'accueil et la prise en charge des enfants et adolescents.

S'il n'assure pas lui-même la prise en charge complète des enfants et adolescents, le dispositif veille à mettre en place un partenariat avec des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile disposant de professionnels formés, afin d'y orienter les mineurs qui le nécessitent (notamment les enfants des victimes adultes qu'elle prend en charge, les mineurs non accompagnés).

La prise en charge est délivrée sans avance de frais pour le patient pour la part assurance maladie obligatoire. Elle n'est pas facturée en ce qui concerne les interventions des psychologues. Le recueil des données administratives du patient est assuré, dans un objectif de suivi et de recherche. La structure s'assure du strict respect de la confidentialité des informations.

Des possibilités de consultation en urgence sont prévues.

La structure s'organise pour être en capacité de répondre aux nouvelles demandes.

Organisation clinique

L'organisation clinique repose de manière privilégiée sur le travail en équipe. Elle prévoit des réunions cliniques régulières autour de la situation des personnes suivies, ainsi qu'une supervision des professionnels impliqués dans les prises en charge.

Les interventions médicales et soignantes s'appuient sur des protocoles pluri-professionnels tenant compte des futures recommandations de bonne pratique de prise en charge du psychotraumatisme[3].

Un dossier médical informatisé est présent au sein de la structure.

Pilotage et partenariats

Le dispositif peut être porté par un ou plusieurs acteurs disposant des compétences nécessaires : Établissement de santé public ou privé, centre de santé, maison de santé pluridisciplinaire… Les partenariats sont encouragés pour permettre la couverture d'un large territoire au sein de la région.

En cas de pluralité d'acteurs, un établissement chef de file est désigné comme porteur du dispositif. Ce dernier conventionnera avec l'Agence régionale de santé pour le versement des crédits.

Un comité de suivi composé des principales parties prenantes de la prise en charge des victimes et du réseau des partenaires[4] est mis en place afin d'assurer le suivi et l'évaluation des actions, des objectifs et des projets du dispositif de prise en charge du psychotraumatisme.

Il se réunit au moins une fois annuellement.

Afin de garantir des filières d'orientation et de prise en charge, le dispositif de prise en charge du psychotraumatisme met en place un partenariat formalisé avec les établissements ayant un service d'accueil des urgences, une unité médico-judiciaire et exerçant la mission de psychiatrie de secteur.

Financement

Un financement est assuré par l'ARS sous la forme d'une dotation annuelle, versée à l'établissement porteur sur la base de la convention établie entre ce dernier et l'Agence régionale de santé.

Évaluation et suivi d'activité

Le dispositif réalise le suivi de son activité, sur la base notamment des indicateurs suivants :

- file active (sexe, âge, motif de consultation/type de violence subie) ;
- nombre de consultations, entretiens et prises en charge collectives réalisés par type de professionnels ;
- délais d'accès à une première consultation ;
- durée moyenne de la prise en charge ;
- nombre de mono-consultants et motifs ;
- modalités d'orientation des patients vers la structure (SAU, médecin généraliste, gynécologue, PMI, acteurs sociaux…) ;
- devenir post-prise en charge ;
- nombre de réunions avec les partenaires ;
- nombre d'actions de formation réalisées, nombre et qualité des professionnels formés.

Ces indicateurs sont intégrés au sein d'un rapport annuel qui fait l'objet d'une présentation au Comité de suivi, est transmis à l'Agence régionale de santé, aux directions d'administration centrale et au Centre national de ressources et de résilience.

Fonctionnement en réseau des dispositifs

En lien étroit avec le Centre national de ressources et de résilience, les dispositifs de prise en charge du psychotraumatisme organisent leur fonctionnement en réseau pour permettre le partage des bonnes pratiques et des protocoles de prise en charge, et pour la définition d'enquêtes, d'évaluations et de programmes de recherche.

[3] Prévues pour 2019.

[4] Ce comité de suivi est notamment composé de représentants des établissements et professionnels de santé, de l'Agence régionale de santé, des délégués départementaux aux droits des femmes et à l'égalité, des collectivités territoriales, des acteurs du logement et de l'hébergement urgent, des associations d'aide aux victimes, des forces de l'ordre, de l'institution judiciaire (…).

ANNEXE 2

DOSSIER DE CANDIDATURE

Dispositif de prise en charge du psychotraumatisme

Nom de la structure juridique porteuse :

Adresse :

Statut juridique : CH ☐ CH spécialisé en psychiatrie ☐ CHU ☐ Autre ☐

Nom et qualité du/des responsable(s) juridique(s) :

Téléphone :
Courriel :

DESCRIPTION DE LA STRUCTURE PORTEUSE ET DES STRUCTURES ASSOCIÉES

- Présentation générale :
- En cas de projet partenarial, décrire les modalités de partenariat :
- Expérience préalable en matière de prise en charge des victimes et de psychotraumatisme :

– la/les porteurs du projet a t-il/ont-ils déjà une expérience de prise en charge du psychotraumatisme ?
– comment le projet s'inscrit-il dans ses/leurs orientations stratégiques ?

ÉQUIPE

- Nom et qualité du médecin porteur du projet :

Formation et expérience dans la prise en charge du psychotraumatisme :

- Composition prévisionnelle de l'équipe :

MÉTIER	ETP	STRUCTURE DE RATTACHEMENT

- Existence au sein de la structure de professionnels déjà formés au psychotraumatisme (outre le médecin porteur) : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels :

- Si non, comment est prévue la formation des futurs professionnels de l'unité ?

DESCRIPTION DU PROJET DE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE

- Localisation de la structure :

– service porteur :
– localisation prévue :
– modalités prévues pour assurer l'accessibilité (transports…) :
– localisations secondaires prévues (le cas échéant) :

- Public et territoire :
– couverture territoriale prévue :
– public identifié :
– types de violences présentes sur le territoire considéré :
- Projet de prise en charge :
– description du parcours patient :
  – pour les adultes :
  – pour les enfants et pour les adolescents :
– prises en charge médico-psychologiques prévues (préciser adultes et/ enfants, adolescents) :
  – individuelles :
  – collectives :
– organisation de l'évaluation et de l'accès aux soins somatiques :
– quelle modalité d'accès à l'interprétariat est prévue ?
- Organisation de la structure :
– jours et horaires d'ouverture, périodes de fermeture éventuelles :
– modalités de prise de rendez-vous :
– modalités de gestion de la file active :
– projet d'organisation clinique :
– dossier patient et système d'information :

DESCRIPTION DE LA FONCTION RESSOURCE SUR LE TERRITOIRE

- Territoire :
– couverture territoriale prévue :
- Projet d'actions en direction des partenaires :
– actions de sensibilisation :
– actions de formation :
- Fonctionnement en réseau :
– partenariats identifiés (préciser si un partenariat est déjà actif) :
– compétences de prise en charge du psychotraumatisme pouvant être mobilisées sur le territoire :
– modalités d'animation du réseau prévues :

dont articulation avec les établissements et professionnels de santé mentale :

- Gouvernance :
– composition prévisionnelle du comité de suivi :
- Recherche :

Une participation à des programmes de recherche est-elle envisagée ?

Si oui, dans quel cadre ?

BUDGET PRÉVISIONNEL

Décrire le budget prévisionnel du dispositif par principaux postes de charges et la ventilation éventuelle des coûts par entité juridique en cas de portage partenarial.

Date :

Signature du responsable de la structure porteuse :

ANNEXE 3

GRILLE D'ÉVALUATION DES PROJETS (À COMPLÉTER PAR LES ARS)

• Appréciation circonstanciée de chaque projet (10 lignes maximum par projet) :

Projet 1 :

Projet 2 :

Projet 3 :

...

• Grille de notation (Noter chaque item de 1 à 5, 1 étant la note la plus basse) :

	GENERAL			FONCTION DE PRISE EN CHARGE			FONCTION RESSOURCE			
Structures porteuses	Pertinence du portage : activité et organisation préexistantes de prise en charge du psychotrauma	Composition de l'équipe et formation au psychotraumatisme	Budget prévisionnel	Couverture territoriale et pertinence du projet par rapport aux besoins territoriaux	Qualité du projet	Capacité d'accueil et d'orientation	Couverture territoriale	Diversité et adéquation des partenariats avec les autres acteurs de la prise en charge/ capacité à fédérer	Modalités prévues pour l'animation du réseau	**TOTAL**
Structure 1										
Structure 2										

• Classement des projets par ordre de priorité :

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

Bureau du médicament

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction pilotage de la performance
des acteurs de l'offre de soins

Bureau qualité et sécurité des soins (PF2)

Note d'information n° DGS/PP2/DGOS/PF2/2018/134 du 31 mai 2018 relative à l'actualisation de la hiérarchisation des indications des immunoglobulines humaines polyvalentes

NOR : *SSAP1814672N*

Date d'application : immédiate.

Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP du 8 juin 2018 – N° 53.

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

Résumé : état régulier des quantités nationales disponibles en immunoglobulines humaines normales (intraveineuses et sous-cutanées IgIV et IgSC) – Disponibilité des IgIV/IgSC – Hiérarchisation des prescriptions en fonction des indications des immunoglobulines humaines normales en situation de tension.

Mots clés : recueil régulier des données d'approvisionnement – disponibilité des IgIV/IgSC – hiérarchisation des prescriptions des IgIV/IgSC.

Références :

Arrêté du 25 novembre 2017 portant labellisation des réseaux des centres de référence prenant en charge les maladies rares ;

Circulaire n° DGS/PP/DHOS/E2/AFSSAPS/2008/92 du 14 mars 2008 relative à la surveillance des approvisionnements en immunoglobulines humaines.

Annexe : tableau récapitulatif de hiérarchisation des indications des immunoglobulines humaines polyvalentes.

La ministre des solidarités et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour diffusion) ; Mesdames et Messieurs les directeurs des établissements de santé.

Contexte

Les immunoglobulines humaines (Ig) sont des médicaments très largement utilisés et les récentes données de consommation indiquent une forte augmentation de leur utilisation expliquée en partie par des changements de pratiques de prescription liées à l'octroi d'extensions d'indications pour les spécialités concernées, à l'émergence de nouvelles populations éligibles aux traitements ainsi qu'au développement de pratiques de prescription hors autorisation de mise sur le marché (AMM).

En effet, bien que les AMM des Ig bénéficient d'indications limitées, la pratique médicale a élargi progressivement leur utilisation à plus d'une centaine de situations thérapeutiques, notamment en neurologie, en hématologie, en immunologie, en dermatologie et en rhumatologie.

Parallèlement, les très fortes et régulières difficultés d'approvisionnement que connaissent les médicaments dérivés du sang (MDS) produits par le LFB constituent un élément supplémentaire de préoccupation.

Compte-tenu de leur caractère indispensable et de la récurrence des situations de tensions d'approvisionnements, l'utilisation des Ig est d'ores et déjà encadrée par la circulaire n° DGS/PP/DHOS/E2/AFSSAPS/2008/92 du 14 mars 2008 relative à la surveillance des approvisionnements en immunoglobulines humaines normales et à la gestion des situations de tensions.

La situation préoccupante des approvisionnements, y compris au niveau mondial, dans un contexte de consommation croissante des Ig, exige un encadrement renforcé de leurs conditions d'utilisation et une profonde modification des habitudes de prescription afin de recentrer le recours aux Ig sur des priorités clairement identifiées.

Mise à jour de la hiérarchisation et précision des restrictions d'utilisation des Ig

Le contexte de tension qui vient d'être évoqué a conduit l'ANSM à mettre à jour la hiérarchisation des indications des Ig au regard des nouvelles données disponibles et à préciser des critères permettant de recentrer leur utilisation sur des priorités de santé publique.

Ainsi, le tableau de hiérarchisation des indications des immunoglobulines humaines polyvalentes actualisé, a été établi le 4 avril 2018 par le comité scientifique spécialisé temporaire (CSST) «Immunoglobulines humaines polyvalentes» mis en place par l'ANSM. Ce tableau, précise :

- les critères cliniques et/ou biologiques justifiant un traitement par Ig ;
- la posologie minimale efficace et/ou le cas échéant les référentiels disponibles (recommandations du réseau des centres de référence, PNDS...) ;
- la nécessité d'une validation préalable de la prescription par un avis spécialisé ou un réseau de référence maladie rare (CRMR, FSMR) (*cf.* PJ – Arrêté du 25 novembre 2017 portant labellisation des réseaux des centres de référence prenant en charge les maladies rares).

Chaque indication est priorisée selon le code couleur suivant :

- code rouge : prioritaires (code P) ;
- code bleu : à réserver aux urgences vitales et/ou fonctionnelles et/ou en l'absence d'alternatives thérapeutiques (code UV échec-AT) ;
- code noir : non prioritaires (code NP).

Sont également mentionnées, de façon non exhaustive, les indications considérées non acceptables ou non justifiées en l'absence de données suffisamment robustes et pour lesquelles une prescription d'Ig ne peut être envisagée.

Ce tableau figure en annexe de la présente note d'information.

Il est mis en ligne par ailleurs sur le site internet de l'ANSM. Le lien pour y accéder est le suivant :

http://ansm.sante.fr/Dossiers/Medicaments-derives-du-sang/Situation-des-approvisionnements-en-MDS/(offset)/0

Mise en œuvre au sein des établissements de santé

L'efficience de ce dispositif implique que chaque prescription puisse être étayée par :

i) Un diagnostic confirmé par un médecin spécialiste expert de la pathologie concernée avant toute initiation de traitement par Ig, dans la mesure où le degré d'urgence est compatible avec un tel recours.

ii) Pour les patients requérant un traitement d'entretien :

- une évaluation régulière de la tolérance et de l'efficacité du traitement doit être réalisée par un médecin spécialiste expert dans le domaine ;
- après une évaluation initiale du bénéfice à l'issue de 3 à 6 mois de traitement, une évaluation sera réalisée au minimum tous les 3 mois puis, tous les 6 à 12 mois, lorsque le patient sera stabilisé.

Si aucun bénéfice clinique n'est observé après 3 à 6 mois (selon les pathologies), le traitement sera arrêté, et un autre traitement proposé.

Par ailleurs, même si les Ig sont majoritairement administrées par voie intraveineuse (IgIV), les tensions d'approvisionnements sont susceptibles de concerner également les Ig administrées par voie sous-cutanée (IgSC). Aussi, le CSST a considéré nécessaire d'aborder la question de façon globale.

Ainsi, certaines utilisations des IgSC dans des indications ne correspondant pas à l'AMM ont été mentionnées par le CSST à titre indicatif.

Il est enfin rappelé que l'opportunité de prescrire des IgSC en remplacement des IgIV doit tenir compte :

– de la situation clinique du patient ;
– de l'accès et la préservation de la voie d'abord veineux ;
– des considérations pratiques (proche aidant d'une part et contraintes de déplacement d'autre part) ;
– d'une décision médicale partagée avec les patients.

Les établissements de santé veilleront à la mise en œuvre des actions attendues dans le cadre de leur pratique quotidienne.

Cette note d'information et son annexe sont destinées aux établissements de santé et aux professionnels de santé. Les centres de référence et les filières maladies rares, les sociétés savantes et les associations de patients, concernés par cette question, font l'objet parallèlement d'une information ciblée spécifique.

Nous vous remercions de bien vouloir assurer la diffusion de cette note d'information aux établissements de santé ainsi qu'à l'union régionale des professionnels de santé du ressort de l'ARS.

Pour la ministre et par délégation :

La directrice générale de l'offre de soins,
C. Courreges

Le directeur général de la santé,
Pr. J. Salomon

ANNEXE

HIÉRARCHISATION DES INDICATIONS DES IMMUNOGLOBULINES HUMAINES POLYVALENTES

Indication ** Situation correspondant à l'AMM*	**Degré de priorité** 🔴 Prioritaire [P] 🔵 A réserver aux urgences vitales et/ou fonctionnelles et/ou en cas d'échec des alternatives thérapeutiques [UV] ⚫ Non prioritaire [NP]	**Nécessité d'un avis spécialisé**		**Posologie**
		Instauration	**Renouvellement**	
Déficits immunitaires				
Déficits immunitaires primitifs*	🔴 [P]			0,4g/kg en une perfusion toutes les 3 à 4 semaines
Neurologie				
Syndrome de Guillain-Barré* (ou variantes dont le syndrome de Miller-Fisher) chez l'enfant, et **chez l'adulte en cas de contre-indication ou d'impossibilité de recourir à des échanges plasmatiques dans les 6 heures**	🔴 [P]			2g/kg en 2 jours ou 0,4g/kg/j sur 5 jours en cas de risque d'insuffisance rénale
Polyneuropathie inflammatoire démyélinisante chronique* (PIDC) **cliniquement évolutive** après discussion du rapport bénéfice/risque des corticoïdes, échanges plasmatiques et IgIV	🔵 [UV]	**Avis en RCP et d'un centre de la filière FILNEMUS**	**Semestrielle par un centre de la filière FILNEMUS**	*Instauration et entretien :* 2g/kg en 2 jours ou 0,4g/kg/j sur 5 jours en cas de risque d'insuffisance rénale Cure à répéter toutes les 4 semaines pendant 3 cures avant évaluation d'efficacité. *A titre indicatif, en cas d'absence d'abord veineux ou de contre-indication par voie IV un recours à la voie SC peut être envisagé.*
Neuropathie motrice multifocale* et neuropathie sensitive et motrice multifocale avec bloc de conduction (syndrome de Lewis et Sumner) **cliniquement évolutive** nouvellement diagnostiquée ou en cours de traitement et répondant aux IgIV	🔵 [UV]		**Rythme à adapter selon la réponse thérapeutique du patient**	
Myasthénie auto-immune grave y compris séronégative chez l'enfant, et **chez l'adulte en :** • **Cas de décompensation aiguë (si impossibilité dans les 6h de recourir à des échanges plasmatiques ou en cas d'échec ou de contre-indication)** • **Cas de maladie non contrôlée par une corticothérapie et/ou des immunosuppresseurs** • **Prévention d'une exacerbation avant geste chirurgical**	🔵 [UV]	**Avis du centre de la filière FILNEMUS excepté pour les cas de décompensations aiguës**		1g/kg sur 1 à 3 jours

Nouvelle indication	Encéphalites auto-immunes et syndromes neurologiques paranéoplasiques (dont syndromes de Lambert-Eaton et de l'homme raide)	🔵 [UV]	**Avis du réseau de centres de référence**	**Trimestrielle après 2 cures réalisées à un mois d'intervalle**	2g/kg en 2 jours ou 0,4g/kg/j sur 5 jours si risque élevé d'insuffisance rénale Durée de traitement limitée à 6 mois
Hématologie					
Purpura thrombopénique idiopathique, **traitement à réserver** uniquement **aux formes sévères chez :** • **l'adulte avec un score de Khellaf >8** et toujours **en association avec les corticoïdes** • **l'enfant avec un score de Buchanan >3 ou un taux de plaquettes < 10 g/L**		🔴 [P]	Voir PNDS		1g/kg adulte et 0,8g/kg enfant, dose unique à J1 Répéter la dose à J3 seulement si les signes de gravité persistent Formes exceptionnelles avec mise en jeu immédiate du pronostic vital (en particulier hémorragie intra-cérébrale) : 1g/kg enfant et adulte à J1 et J2 + corticoïdes + transfusion de plaquettes
Erythroblastopénie associée à une infection chronique par le parvovirus B19 chez les immunodéprimés **et responsable d'une anémie sévère (<8 g/dL)**		🔴 [P]	**Avis du réseau de centres de référence**		2g/kg en 2 jours ou 0,4g/kg/j sur 5 jours si risque élevé d'insuffisance rénale Deux cures sont nécessaires en moyenne
Maladie de Willebrand acquise associée à une gammapathie monoclonale IgG (MGUS IgG) **avec un syndrome hémorragique sévère** en cas d'échec ou d'intolérance à la desmopressine et/ou concentrés de vWF **ou nécessitant une intervention chirurgicale urgente engageant le pronostic vital ou fonctionnel**		🔴 [P]	**Avis du réseau de centres de référence**		1,2 g/kg en 3 jours soit 0,4g/kg/j
Nouvelle indication	Traitement de l'allo-immunisation fœto-maternelle plaquettaire anti HPA-1a **avec antécédent avéré de thrombopénie néonatale**	🔴 [P]	**Avis spécialisé**		Perfusions hebdomadaires de 1 g/kg à partir de la 20ème semaine d'aménorrhée. En cas de risque d'hémorragie fœtale modéré, on peut envisager un traitement de début plus tardif et à une posologie de 0,5 g/kg Dans les formes très sévères, possibilité d'un début de traitement plus précoce à 2 g/kg par semaine.
Myélome*, LLC*, LNH, ou autres déficits immunitaires secondaires avec défaut de production d'Ac **(dosage pondéral des IgG <4g/L), associées à des infections à répétition entraînant une hospitalisation**		🔵 [UV]	**Passage en RCP**		0,2 à 0,4 g/kg en dose unique toutes les 3 à 4 semaines. *<u>Cas particuliers en pédiatrie :</u>* *La fréquence d'administration et/ou la dose peuvent être augmentées afin de maintenir un taux résiduel d'IgG sérique >4 g/L notamment en cas de facteurs de risque aggravants d'hypogammaglobulinémie.*
Allogreffe de CSH avec défaut de production d'Ac* **(dosage pondéral des IgG <4g/L), associé à des infections à**		🔵	**Passage en RCP**		0,2 à 0,4g/kg en dose unique toutes les 3 à 4 semaines

répétition entraînant une hospitalisation		[UV]			
Syndrome catastrophique des antiphospholipides **en cas d'échec du traitement anticoagulant IV associé à des corticoïdes en complément ou en alternative à la plasmaphérèse**		🔵 [UV]	**Avis du réseau de centres de référence**		2g/kg en 2 jours ou 0,4g/kg/j sur 5 jours si risque élevé d'insuffisance rénale
Nouvelle indication	Anémie auto-immune hémolytique **grave en impasse thérapeutique**	🔵 [UV]	**Avis du réseau de centres de référence**		Sur avis du réseau de centres de référence
Maladie de Willebrand acquise associée à une gammapathie monoclonale IgG (MGUS IgG) **sans syndrome hémorragique** en cas d'échec ou d'intolérance à la desmopressine et/ou aux concentrés de vWF **ou relevant d'une intervention chirurgicale programmée n'engageant pas le pronostic vital ou fonctionnel**		⚫ [NP]	**Avis du réseau de centres de référence**		1,2 g/kg en 3 jours soit 0,4g/kg/j
Maladies infectieuses					
Prophylaxie des sujets à risque suivants, après exposition à un cas confirmé de rougeole : - femme enceinte non vaccinée et sans antécédents de rougeole, - sujet immunodéprimé quel que soit son statut vaccinal et ses antécédents avérés de rougeole, - enfants de moins de 6 mois dont la mère présente une rougeole, - enfants de moins de 6 mois dont la mère n'a pas d'antécédent de rougeole et n'a pas été vaccinée (dans le doute une sérologie maternelle IgG peut être demandée en urgence), - enfants âgés de 6 à 11 mois non vaccinés en post-exposition dans les 72 h après contact quel que soit le statut vaccinal de la mère ou ses antécédents de rougeole		🔴 [P]			200 mg/kg en dose unique (voir recommandations du haut conseil de santé publique)
Transplantation d'organes solides (Rein, Cœur, Poumons et Cœur-Poumons)					
Traitement du rejet de greffe médié par Ac en cas d'échec ou contre-indication aux autres alternatives		🔴 [P]			0,1g/kg après chaque plasmaphérèse, suivie par 2 g/kg à répartir sur 48h à répéter tous les mois pendant 4 mois.
Prophylaxie des rejets médiés par Ac chez les patients traités par les plasmaphérèses : - hyperimmunisés avant la greffe - ou chez les patients avec un (ou plusieurs) Ac contre le donneur (avec une MFI > 2000) après la greffe		🔵 [UV]			1 dose de 0,1g/kg après chaque plasmaphérèse
Désimmunisation des patients hyperimmunisés en attente d'une greffe en dehors des plasmaphérèses		⚫			

		[NP]			
Médecine interne					
Myopathies inflammatoires auto-immunes					
Dermatomyosite et polymyosite corticorésistantes et après échec, dépendance, intolérance ou contre-indication aux immunosuppresseurs, **avec graves troubles de la déglutition**		🔵 [UV]	**Passage en RCP**	**Trimestrielle**	2g/kg en 2 jours ou 0,4g/kg/j sur 5 jours si risque élevé d'insuffisance rénale
Myosites à inclusion avec dysphagie **pour les patients résistants aux corticoïdes et aux immunosuppresseurs**		⚫ [NP]	**Passage en RCP**	**Trimestrielle**	
Vascularites					
Maladie de Kawasaki*		🔴 [P]			1.6 à 2g/kg sur 2 à 5 jours ou 2g/kg en dose unique à débuter durant les 10 premiers jours
Vascularites systémiques ANCA-positives en cas de rechute ou de résistance ou d'intolérance aux corticoïdes, immunosuppresseurs (méthotrexate, azathioprine, cyclophosphamide et rituximab)		⚫ [NP]	**Avis spécialisé**	**Semestrielle**	
Maladies systémiques					
Nouvelle indication	Syndrome de Clarkson	🔵 [UV]			2g/kg tous les mois la 1ère année sans récidive puis diminution année après année de moitié jusqu'à 0,25g/kg puis arrêt progressif.
Dermatologie					
Pemphigus (vulgaire, foliacé/superficiel ou paranéoplasique) en impasse thérapeutique après un traitement par rituximab et/ou corticostéroïdes et/ou immunosuppresseurs		🔵 [UV]	**Après RCP et avis du réseau de centres de référence**	**RCP et réseau de centres de référence**	Instauration : 2g/kg sur 2 à 5 jours, tous les mois pendant 6 mois Entretien (si efficace) : réduction des doses ou espacement des perfusions
Pemphigoïde des muqueuses (ex pemphigoïde cicatricielle) avec atteinte muqueuse étendue et/ou atteinte oculaire sévère et/ou atteinte laryngée, en impasse thérapeutique après un traitement de 3 à 6 mois par corticothérapie générale et/ou immunosuppresseurs et/ou rituximab ou en cas d'intolérance à ces traitements		🔵 [UV]			
Nouvelle indication	Epidermolyse bulleuse acquise (EBA) avec atteinte cutanée et/ou muqueuse étendue et/ou atteinte oculaire et/ou atteinte laryngée en échec thérapeutique après un traitement par rituximab et/ou corticostéroïdes et/ou immunosuppresseurs	🔵 [UV]			

Indications non justifiées ou non acceptables au regard des données disponibles (liste non exhaustive)

Déficits immunitaires
Déficits immunitaires secondaires ne répondant pas aux situations pré-citées et aux critères suivants : - défaut de production d'Ac (dosage pondéral des IgG <4g/L), - associés à des infections à répétition entraînant une hospitalisation - après validation en RCP.
Neurologie
Autisme
Narcolepsie
Hématologie
Purpura thrombotique thrombocytopénique
Hémophilie acquise
Syndrome d'activation macrophagique
Neutropénie auto-immune
Purpura thrombopénique immunologique ne répondant pas aux critères précités
Cytopénies auto-immunes en dehors des critères précités
Maladie de Willebrand acquise, associée à une gammapathie monoclonale de type IgA ou IgM
Transplantation d'organes solides
Prophylaxie et traitement des rejets humoraux des organes autres que le rein, le cœur, poumons et cœur-poumons sauf justification et après avis spécialisé
Désimmunisation des patients hyperimmunisés en attente de greffe organes autres que le rein, le cœur, poumons et cœur-poumons
Médecine interne
Lupus érythémateux systémiques
Polyarthrite rhumatoïde
Arthrite juvénile idiopathique, Maladie de Still
Syndrome de Felty
Asthme
Echecs récidivants de fécondation in vitro avec ou sans Ac anti-phospholipide
Nécrose épidermique toxique et SSJ
Urticaire et dermatite atopique
Sclérodermie systémique
Maladies infectieuses
Prévention des infections chez le grand prématuré
Syndrome d'activation macrophagique secondaire à une infection à Epstein Barr virus

Indications caduques

Rétinochoïdopathie de Birdshot *
Infections bactériennes récidivantes chez l'enfant infecté par le VIH*

Liste des abréviations

Ac	Anticorps
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANCA	Anticorps anti-neutrophile cytoplasmique (Antineutrophil cytoplasmic antibodies)
CAR-T cells	Cellules T porteuses d'un récepteur antigénique chimérique (Chimeric antigen receptor T-cells)
CSH	Cellules souches hématopoïétiques
HPA-1a	Antigène plaquettaire 1a (Human platelet antigen 1a)
IgIV	Immunoglobuline par voie intraveineuse
IgSC	Immunoglobuline par voie sous-cutanée
MFI	Intensité de fluorescence moyenne (Mean fluorescence intensity)
MGUS IgG	Gammapathie monoclonale de signification indéterminée (Monoclonal gammopathy of undetermined significance)
LAL	Leucémie aiguë lymphoblastique
LLC	Leucémie lymphoïde chronique
LNH	Lymphome non Hodgkinien
PNDS	Protocoles nationaux de diagnostic et de soins
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
SSJ	Syndrome de Stevens-Johnson
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
vWF	Facteur von Willebrand

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

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

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Direction générale de la santé

Direction de la sécurité sociale

Caisse nationale de l'assurance maladie

Instruction nº DGS/SP3/DSS/CNAM/2018/125 du 22 juin 2018 relative au dispositif de soutien par le fonds de lutte contre le tabac aux actions nationales prioritaires et aux programmes régionaux de réduction du tabagisme

NOR : *SSAP1813660J*

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 11 mai 2018. – Visa CNP 2018-38.

Catégorie : directives adressées par la ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : la présente instruction a pour objet de présenter aux ARS le dispositif de soutien, par le fonds de lutte contre le tabac, aux programmes régionaux de réduction du tabagisme ainsi qu'à la déclinaison régionale d'actions nationales prioritaires. Le fonds de lutte contre le tabac a défini trois axes prioritaires en cohérence avec les axes du PNRT. Les agences bénéficieront de crédits supplémentaires pour financer, coordonner et suivre des actions du P2RT ainsi que l'action nationale prioritaire « Lieux de santé sans tabac ».

Mots clés : fonds de lutte contre le tabac – ARS – programme national de lutte contre le tabac – programmes régionaux de réduction du tabagisme – plan national de santé publique – lieux de santé sans tabac – prévention – plan cancer 2014-2019 – tabac – financement.

Références :

Décret nº 2016-1671 du 5 décembre 2016, modifié par le décret nº 2018-174 du 9 mars 2018, portant création d'un fonds de lutte contre le tabac, art. 15 ;

Arrêté du 18 juin 2018 fixant la liste des bénéficiaires et les montants alloués par le fonds de lutte contre le tabac au titre de 2018 ;

Arrêté du 22 juin 2018 modifiant l'arrêté du 2 mai 2018 fixant pour l'année 2018 le montant des crédits attribués aux agences régionales de santé au titre du fonds d'intervention régional et le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale ;

Instruction nº DGS/MC2/INPES/2016/81 du 17 mars 2016 relative à la mise en œuvre du dispositif « Moi(s) sans tabac » ;

Instruction nº DGS/SP3/2016/221 du 24 juin 2016 relative à la déclinaison régionale du programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 ;

Programme national de réduction du tabagisme (PNRT 2014-2019) et rapports annuels 2015, 2016, 2017 : http://social-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/lutte-contre-le-tabagisme ;

Programme national de lutte contre le tabac (PNLT) 2018-2022 ;

Plan national de santé publique (PNSP) : http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/priorite-prevention-rester-en-bonne-sante-tout-au-long-de-sa-vie.

Annexes :

Annexe 1. – Cahier des charges national type pour préparer l'appel à projets régional.

Annexe 2. – Projet de cahier des clauses techniques en cas de marché public.

Annexe 3. – Dossier de candidature à l'appel à projets régional de lutte contre le tabagisme.

Annexe 4. – Bibliographie non exhaustive d'interventions efficaces et de recommandations au sujet de la prise en charge du tabac.

Annexe 5. – Gouvernance du dispositif national de lutte contre le tabac.

La ministre des solidarités et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé ; copie à : Mesdames et Messieurs les préfets de département ; Mesdames et Messieurs les chefs de projet de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives ; Mesdames et Messieurs les directeurs coordonnateurs de la gestion du risque (DCGDR) ; Mesdames et Messieurs les directeurs des CPAM et de la MSA.

La présente instruction a pour objet de définir le dispositif de soutien aux programmes régionaux de réduction du tabagisme financé en 2018 à hauteur de 29 M€ par le fonds de lutte contre le tabac. Elle précise les modalités de création et de financement d'un appel à projets régional, d'une part et d'un dispositif d'appui à chaque ARS, d'autre part.

1. Le contexte

La France compte près de 13 millions de fumeurs quotidiens. En 2016, 28,7 % des français déclarent consommer du tabac quotidiennement[1]. Le tabac constitue la première cause de mortalité évitable (73 000 décès par an), de mortalité précoce (avant 65 ans), de mortalité par cancer (45 000 décès par an) et de mortalité par maladies cardiovasculaires (16 500 décès par an). Par ailleurs, il pèse lourdement sur les comptes de la nation et en particulier sur les dépenses de santé.

Pour répondre à cette situation, le premier programme national de réduction du tabagisme (PNRT) a été lancé en septembre 2014, dans le cadre du Plan cancer 2014-2019. Il poursuit des objectifs de réduction de la prévalence et de préparation d'une « génération sans tabac » d'ici à 2032. Au cours des trois dernières années de très nombreuses actions ont été menées, en particulier en lien avec les ARS. Des premiers signes encourageants sont observés : la diminution des ventes, la réduction importante de la consommation chez les 17 ans, l'augmentation du recours aux traitements de sevrage, ou encore l'évolution vers des perceptions plus négatives du tabac par les jeunes.

Dans le cadre du Plan national de santé publique, le Programme national de lutte contre le tabac (PNLT) pour les années 2018 à 2022 vise à poursuivre les efforts engagés pour consolider et amplifier les résultats. En synergie avec les actions nationales, les agences régionales de santé (ARS) jouent un rôle essentiel aux travers des programmes régionaux de réduction du tabagisme (P2RT), pour porter des actions au plus près des personnes.

C'est pourquoi, dans le cadre du pilotage et de l'animation de ces P2RT, notamment par le biais de l'appui du fonds de lutte contre le tabac, les ARS disposeront de financements supplémentaires permettant de mobiliser un appui pour la mise en œuvre de la lutte contre le tabac ainsi que de réaliser un appel à projets (AAP) dédié à la lutte contre le tabac.

2. Des financements issus du fonds de lutte contre le tabac pour appuyer les P2RT ainsi que la déclinaison régionale d'actions nationales prioritaires

Le fonds de lutte contre le tabac, créé par le décret n° 2016-1671 du 5 décembre 2016 et dont le conseil de gestion a été installé en février 2017, doit contribuer au financement d'actions locales, nationales et internationales dans les domaines de la politique de santé déterminées par l'article L. 1411-1 du code de la santé publique.

Pour 2018, suite à l'avis unanime du conseil de gestion rendu le 12 mars 2018, la ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics ont décidé qu'un financement de 29 M€ viendrait appuyer le déploiement en région d'actions nationales prioritaires et la réalisation d'actions des programmes régionaux de réduction du tabagisme. Ce financement est réparti en 25 M€ pour la réalisation d'appels à projets et 4 M€ pour permettre l'appui aux ARS dans la mise en œuvre de la lutte contre le tabac.

[1] http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/12/pdf/2017_12_1.pdf

a) Appel à projets (AAP) régional « lutte contre le tabac »

Pour 2018, 25 M€ sont dédiés à la réalisation d'un appel à projets dans chaque région et à son évaluation, ainsi qu'à l'impact de la politique régionale de lutte contre le tabac. Celui-ci financera des projets, dans le cadre des programmes régionaux de réduction du tabagisme, selon les 3 axes prioritaires du fonds de lutte contre le tabac en cohérence avec les axes du PNRT. Pour 2018, il déclinera notamment l'action nationale prioritaire « lieux de santé sans tabac ».

L'appel à projets régional devra respecter le cahier des charges national type (annexe 1) et pourra, le cas échéant, prendre en compte les spécificités régionales définies dans votre P2RT.

Les projets devront répondre à au moins l'un des 3 axes retenus par le fonds de lutte contre le tabac, en cohérence avec les axes du PNLT :

- axe 1 : protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme ;
- axe 2 : aider les fumeurs à s'arrêter de fumer ;
- axe 3 : amplifier certaines actions auprès de publics prioritaires dans une volonté de réduire les inégalités sociales de santé.

Certains principes ont été identifiés et devront guider le choix des projets :

- permettre le développement d'une offre harmonisée sur un territoire donné ;
- s'appuyer sur une analyse de la situation devant notamment permettre de tenir compte des inégalités sociales de santé afin d'identifier plus spécifiquement les publics cibles et les manques identifiés ;
- s'appuyer sur des interventions validées au niveau national voire international ;
- permettre de développer des actions nouvelles ou innovantes ;
- s'appuyer sur des collaborations et des partenariats avec des acteurs œuvrant en intersectorialité ;
- tenir compte et s'appuyer sur les ressources existantes sur la thématique du tabac (associatives, professionnels de santé, etc.) ;
- renforcer la capacité d'agir des personnes et la participation citoyenne.

Si des actions innovantes sont sélectionnées dans le cadre de cet appel à projets, la méthode d'évaluation prévue par le porteur de projet devra être validée à l'occasion d'un examen *ad hoc*. Pour rappel, le budget consacré à l'évaluation devra être intégré au budget global de ces projets.

Sont exclus d'un financement par l'appel à projets régional :

- les projets portés par des acteurs présentant un lien avec l'industrie du tabac (article 5.3 de la CCLAT) ;
- les actions par ailleurs déjà financées par le fonds de lutte contre le tabac, notamment :
  - les actions en lien avec l'opération « Mois sans tabac » qui font l'objet d'autres financements pour 2018 :
    - un appel à projet financé par santé publique France permettant le recrutement d'un organisme appelé « Ambassadeur de Mois sans tabac » ;
    - un appel à projet qui contribue à l'opération « Mois sans tabac » organisé par l'assurance maladie (CNAM, CPAM) pour permettre le financement d'actions locales ;
  - les actions permettant de déployer le programme d'aide au sevrage tabagique pour les adolescents « Tabado » en lycée professionnel et en centre de formation d'apprentissage qui sont déjà financées au travers de l'appel à projet national « déploiement de Tabado » porté par l'INCa ;
  - les actions permettant de déployer le programme porté par la MSA d'aide au sevrage tabagique pour les adolescents « Déclic Stop tabac » en lycée agricole et dans les maisons familiales rurales ;
  - les actions de recherche, celles-ci seront financées au travers d'un appel à projet national consacré spécifiquement à la recherche dans le cadre d'un dispositif développé conjointement par l'INCa et l'IReSP ;
- les actions déjà intégralement financées au titre du FIR ;
- les actions déjà financées en totalité dans le cadre de programmes d'actions portées par d'autres financeurs.

Les porteurs de projets pourront être notamment des associations, des organismes d'assurance maladie, des structures soutenues par les collectivités territoriales (notamment les services départementaux de PMI et de planning familial), des centres de santé, des établissements de santé, médico-sociaux et sociaux, des unions régionales des professionnels de santé, des maisons de santé pluridisciplinaires, ou des centres d'examens de santé…

b) Un appui aux ARS

4 M€ sont attribués aux ARS pour un appui pour la mise en œuvre de la lutte contre le tabac. Le DG ARS constituera un dispositif d'appui chargé d'accompagner l'instance de gouvernance du P2RT. Il pourra recourir à un marché public ou à d'autres montages, selon les spécificités de la région.

Cet appui régional, placé sous l'autorité de l'ARS, sera en charge de l'accompagner dans :

– la déclinaison régionale d'actions nationales prioritaires : ex : « Lieux de santé sans tabac » pour 2018 et leur reporting ;
– l'appui à la réalisation des actions des P2RT et à l'élaboration du rapport annuel d'activités ;
– l'appui à la mise en œuvre opérationnelle et le bilan annuel de l'AAP régional du fonds de lutte contre le tabac ;
– la fourniture aux porteurs de projets d'outils de suivi et d'évaluation de la réalisation ;
– la mobilisation et l'animation des acteurs de la lutte contre le tabac en région ;
– l'élaboration de propositions pour améliorer la synergie et le déploiement des actions ;
– la mise en synergie des différents dispositifs finançant des actions de lutte contre le tabac dans la région (FIR, ambassadeurs Moi(s) sans Tabac, Mildeca, etc.).

L'ARS assurera la définition et le suivi des actions menées par le dispositif d'appui. Celui-ci rendra compte de manière régulière à l'instance de gouvernance du P2RT selon les modalités choisies par l'ARS. L'ARS devra rendre compte annuellement aux instances du fonds de lutte contre le tabac de l'utilisation des fonds alloués à la région sur le fonds de lutte contre le tabac.

Le cas échéant, le dispositif d'appui sera sélectionné dans le cadre d'un marché public porté par l'ARS d'une durée de 4 à 5 ans (jusqu'en 2022) avec des ajustements des missions selon les priorités nationales et régionales de lutte contre le tabac, le P2RT étant un programme d'actions évolutif.

Si besoin, vous trouverez en annexe 2 un projet de cahier des clauses techniques en cas de recours à un marché public, que vous pourrez adapter en fonction des spécificités de votre région.

c) La répartition des financements

La répartition des crédits pour financer la réalisation de l'appel à projet régional, ainsi que le dispositif d'appui en 2018 est la suivante :

– pour les 4 régions de moins d'un million d'habitants (Corse, Guadeloupe, Guyane et Martinique), il sera versé à chaque ARS 450 000 €, dont au plus 150 000 € pour financer l'appui ;
– pour les 6 régions comprenant de 1 à 5 millions d'habitants (Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Centre-Val de Loire, Normandie, océan Indien, et Pays de la Loire), il sera versé à chaque ARS 1,3 M€ dont au plus 200 000 € pour financer l'appui ;
– pour les 6 régions comprenant de 5 à 10 millions d'habitants (Auvergne-Rhône-Alpes, Grand Est, Hauts-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, et PACA), il sera versé à chaque ARS 2,5 M€ dont au plus 300 000 € pour financer l'appui ;
– enfin, pour la région ayant plus de 10 millions d'habitants (Île-de-France), il sera versé 4,4 M€ dont au plus 400 000 € pour financer l'appui.

Ces financements régionaux supplémentaires, alloués par le fonds de lutte contre le tabac *via* le FIR, seront versés aux ARS et seront identifiés « fonds de lutte contre le tabac » et protégés au titre de crédits de la « mission 1 ».

Les ARS assureront la gestion de ces crédits au sein du budget annexe dédié à la gestion du fonds d'intervention régional (FIR).

Ces crédits ne devront pas se substituer aux financements déjà prévus par les ARS pour des actions de lutte contre le tabac.

3. **La gouvernance du dispositif de lutte contre le tabac**

La gouvernance nationale

Le PNLT définit le cadre de la politique de lutte contre le tabac en France. Il dispose d'un comité de pilotage et d'un comité de coordination auxquels sont associées les ARS.

Le fonds de lutte contre le tabac, mis en place au premier janvier 2017 est en charge de financer des actions de lutte contre le tabac, notamment locales. Il comprend un conseil de gestion en charge de rendre des avis sur les actions à financer, et un comité technique chargé de préparer ces avis. Une description plus détaillée de la gouvernance nationale est disponible en annexe 5.

L'ARS

Le DG ARS est responsable du pilotage et de la mise en œuvre du programme régional de réduction du tabagisme. Ce dernier comprend l'ensemble des actions de lutte contre le tabac dont celles financées par le fonds de lutte contre le tabac.

Chaque région doit disposer d'un P2RT validé par le directeur général de l'ARS en lien avec les instances régionales chargées de suivre le P2RT.

Du fait de la publication du PNLT 2018-2022 et des actions financées par le fonds de lutte contre le tabac, les P2RT lorsqu'ils existent devront être actualisés.

Vous transmettrez le programme régional de réduction du tabagisme de votre région à la DGS avant le 2 novembre 2018 à l'adresse suivante dgs-sp3@sante.gouv.fr

Le DG ARS s'appuie sur l'instance de gouvernance en charge du P2RT.

Chaque année, le DG ARS validera un rapport d'activités du P2RT qui sera envoyé au comité de pilotage du PNLT ainsi qu'au conseil de gestion du fonds de lutte contre le tabac.

Le rapport d'activité du P2RT précisera les projets financés par le fonds de lutte contre le tabac (ligne « fonds de lutte contre le tabac ») et détaillera, le cas échéant, leurs évaluations. Il précisera également les actions financées par le FIR (ligne « P2RT » et autres lignes). Un rapport type sera défini ultérieurement. Il comportera une partie relative à l'utilisation des différents crédits dédiée à la lutte contre le tabac.

Le rapport d'activités régional sera envoyé au conseil de gestion du fonds de lutte contre le tabac à une adresse courriel qui sera précisée ultérieurement et à la DGS à l'adresse suivante: DGS-SP3@sante.gouv.fr

La commission régionale de coordination des politiques publiques (CCPP) dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile (instaurée par le décret n° 2010-346 du 31 mars 2010) est informée des missions et actions mises en œuvre dans le cadre du P2RT. Elle sera force de propositions pour le DG ARS.

L'instance de gouvernance du P2RT

Chaque ARS a déjà mis – ou doit mettre en place – une instance de gouvernance du P2RT (souvent intitulé comité de pilotage ou de suivi du PR2T).

Cette instance associera – si ce n'est pas encore le cas dans toutes les régions – *a minima* le chef de projet Mildeca, un représentant régional de Santé publique France et des représentants des caisses d'assurance maladie (au minimum le DCGDR et l'ARC-MSA).

Elle impliquera également autant que faire se peut les partenaires associés.

L'instance de gouvernance est chargée des missions suivantes:

- concernant l'appel à projets financé par le fonds de lutte contre le tabac:
  - donner un avis sur l'appel à projet régional;
  - contribuer à la diffusion de l'appel à projet régional auprès des partenaires et à la mobilisation complémentaire de l'ensemble des membres;
  - sélectionner, par un comité restreint qui ne comprend pas de membres porteurs de projets. Les projets finalement retenus seront validés par le DG ARS;
  - se prononcer sur la stratégie d'évaluation au niveau régional;
- concernant le P2RT:
  - veiller à la cohérence et coordination des actions menées, quel qu'en soit le financement;
  - suivre la réalisation des actions planifiées;
  - s'assurer de son actualisation périodique;
  - contribuer aux objectifs du P2RT, en complémentarité avec les actions financées dans le cadre du fonds.

L'instance de gouvernance du P2RT pourra s'appuyer sur le dispositif d'appui pour effectuer ces missions.

4. **Le suivi dans le système d'information des ARS**

Le P2RT a vocation à faire l'objet d'un suivi par l'application 6PO, outil partagé de pilotage des plans, programmes, projets et parcours. Ce système d'information, priorisé dans le cadre du schéma directeur des systèmes d'information des ARS, est opérationnel depuis février 2018 et se déploie progressivement en ARS.

L'objectif de 6PO est d'offrir aux ARS un outil unique de pilotage et de suivi de l'ensemble des plans d'actions, favorisant la mise en cohérence des plans entre eux au travers des actions communes.

Courant 2018, 4 ARS vont intégrer leur P2RT dans 6PO. En 2019, l'ensemble des P2RT pourraient recourir à 6PO.

En 2018, le rapport d'activité pourra être réalisé soit dans l'application 6PO soit par le rapport type qui sera défini ultérieurement.

Concernant le rapport financier, celui-ci nécessitera un rapport spécifique dans le cadre de la gestion des crédits FIR.

5. **Proposition de calendrier 2018**

Appel à projets :

- lancement de l'appel à projets : juin/juillet 2018 ;
- date limite de dépôt des dossiers : août/septembre 2018 ;
- étude et présélection des dossiers : septembre 2018 ;
- communication des résultats aux candidats : octobre 2018 ;
- signature des conventions et versement des contributions financières : octobre/novembre 2018.

En cas de recours à un marché public pour le dispositif d'appui :

- lancement du marché public : juin 2018 ;
- date limite de dépôt des dossiers : + 5 ou 6 mois 2018 ;
- étude et présélection des dossiers : dernier trimestre 2018 ;
- communication des résultats aux candidats : dernier trimestre 2018 ;
- signature des conventions et versement des contributions financières : dernier trimestre 2018.

Vous trouverez, en annexe 1, le cahier des charges national-type pour les appels à projets régionaux, en annexe 2, le projet de cahier des clauses techniques en cas de marché public en annexe 3, un modèle de dossier de candidature à l'appel à projets régional de lutte contre le tabagisme, en annexe 4, une bibliographie indicative d'interventions efficaces en prévention du tabagisme et en annexe 5, la gouvernance du dispositif national de lutte contre le tabac.

Si nécessaire, vous pouvez solliciter la DGS et/ou la CNAM :

Contacts :

- DGS : DGS-SP3@sante.gouv.fr
  - Claire du Merle, claire.dumerle@sante.gouv.fr
  - Sylvie Chazalon, sylvie.chazalon@sante.gouv.fr
- CNAM : fondstabac@cnamts.fr
  - Saïd Oumeddour, said.oumeddour@cnamts.fr
  - Isabelle Vincent, isabelle.vincent@cnamts.fr
  - Judith Gendreau, judith.gendreau@cnamts.fr
  - Dominique Bourlette, dominique.bourlette@cnamts.fr

Pour la ministre et par délégation :

La secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales,
S. Fourcade

La directrice de la sécurité sociale,
M. Lignot-Leloup

Le directeur général de la santé,
Pr J. Salomon

Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie,
N. Revel

ANNEXE 1

CAHIER DES CHARGES NATIONAL TYPE – APPEL À PROJETS RÉGIONAL

Le présent document a pour objet de fournir aux ARS un modèle de cahier des charges. Il vise à préciser le cadre et les modalités de l'appel à projets régional 2018 permettant le financement et la déclinaison d'actions nationales prioritaires et des actions des programmes régionaux de réduction du tabagisme portées par des acteurs régionaux.

I. – CONTEXTE GÉNÉRAL

La France compte près de 13 millions de fumeurs quotidiens. En 2016, 28,7 % des français déclarent consommer du tabac quotidiennement[1]. Le tabac constitue la première cause de mortalité évitable (73 000 décès par an), de mortalité précoce (avant 65 ans), de mortalité par cancer (45 000 décès par an) et de mortalité par maladies cardiovasculaires (16 500 décès par an). Par ailleurs, il pèse lourdement sur les comptes de la nation et en particulier sur les dépenses de santé. Ces taux sont parmi les plus élevés recensés dans les pays occidentaux et dans le monde pour certaines tranches d'âge.

Pour répondre à cette situation, dans le cadre du Plan cancer 2014-2019, le premier programme national de réduction du tabagisme (PNRT) a été lancé en septembre 2014 et porte des ambitions fortes de réduction du tabagisme d'ici à 2019 (baisse de 10 % de fumeurs quotidiens de 18 à 75 ans) et au-delà. En 2017, de nombreuses actions emblématiques du PNRT 2014-2019 (paquet neutre, Mois Sans Tabac, autorisation de prescription pour de nouvelles professions, notification des caractéristiques des produits du tabac, transparence tabac...) ont été réalisées.

Après 3 ans, la diminution du tabagisme quotidien pour les jeunes de 17 ans qui passe, entre 2014 et 2017, d'un tiers à un quart est une première embellie. Ce bilan[2] encourageant est à poursuivre et à consolider avec le déploiement d'un programme national de lutte contre le tabac (PNLT) et les actions des programmes régionaux de réduction du tabagisme.

Cette politique ambitieuse doit être accompagnée. C'est pourquoi la ministre des solidarités et de la santé vient de lancer au printemps 2018, dans le cadre du Plan national de santé publique et, avec le ministre de l'action et des comptes publics, le programme national de lutte contre le tabac (PNLT) pour les années 2018 à 2022.

II. – PRINCIPES DE L'APPEL À PROJETS RÉGIONAL

Ce premier appel à projets permettra de réaliser des actions ou programmes d'actions du programme régional de réduction du tabagisme, selon les 3 axes retenus par le fonds de lutte contre le tabac en cohérence avec le PNLT, et déclinera obligatoirement en région les actions nationales prioritaires dont, en 2018, l'action relative à la démarche « Lieux de santé sans tabac ».

Les actions ou programmes d'actions qui seront financées devront répondre autant que faire se peut aux principes suivants :

- permettre le développement d'une offre harmonisée sur un territoire donné s'appuyer sur une analyse de la situation devant notamment permettre de tenir compte des inégalités sociales de santé afin d'identifier plus spécifiquement les publics cibles et les manques identifiés ;
- s'appuyer sur des interventions validées au niveau national voire international,
- permettre de développer des actions nouvelles ou innovantes ;
- s'appuyer sur des collaborations et des partenariats avec des acteurs œuvrant en intersectorialité ;
- tenir compte et s'appuyer sur les ressources existantes sur la thématique du tabac (associatives, professionnels de santé, etc.) ;
- renforcer la capacité d'agir des personnes et la participation citoyenne.

Si des actions innovantes ou non validées sont sélectionnées dans le cadre de cet appel à projets, la méthode d'évaluation prévue par le porteur de projet devra être validée à l'occasion d'un examen *ad hoc*. Pour rappel, le budget consacré à l'évaluation devra être intégré au budget global de ces projets.

[1] http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/12/pdf/2017_12_1.pdf

[2] http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_annuel_pnrt_2017.pdf

III. – CHAMP DE L'APPEL À PROJETS RÉGIONAL

Les instances du fonds de lutte contre le tabac ont retenu quatre axes prioritaires pour appuyer les domaines d'intervention, en cohérence avec les axes du PNLT :

1. Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme ;
2. Aider les fumeurs à s'arrêter ;
3. Amplifier certaines actions auprès de publics prioritaires dans une volonté de réduire les inégalités sociales de santé ;
4. Soutenir la recherche appliquée et l'évaluation des actions de prévention et de prise en charge.

L'axe 4 relatif à la recherche n'est pas concerné par cet appel à projets régional puisqu'il fera l'objet d'un appel à projet national dans le cadre d'un dispositif commun INCa/IReSP.

III.*a)* – Les actions de l'appel à projets régional

En 2018, les actions qui seront retenues dans l'appel à projets régional devront obligatoirement répondre à au moins l'un des 3 axes ci-dessous priorisés par le fonds de lutte contre le tabac et en cohérence avec le PNLT :

- axe 1 : protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme, par exemple :
  - interventions de développement des compétences psychosociales s'inspirant de programmes dont l'efficacité a été démontrée en France ou à l'étranger (*cf.* annexe 4 Bibliographie non exhaustive d'interventions efficaces et de recommandations au sujet de la prise en charge du tabac) ;
  - interventions de dénormalisation et débanalisation du tabac dans l'espace public, par exemple des actions développant les lieux « sans tabac » ;
- axe 2 : aider les fumeurs à s'arrêter de fumer, par exemple :
  - des actions développant la démarche « lieux de santé sans tabac » (voir III.*b*) ;
  - à destination de publics prioritaires (liste non exhaustive) :
    - jeunes : en priorité, jeunes en échec scolaire ; jeunes en insertion (ex : public des missions locales)… ;
    - femmes, dont femmes enceintes ;
    - personnes en situation de handicap ;
    - patients atteints de maladie chronique, dont les pathologies psychiatriques chroniques ;
    - à destination de publics socialement défavorisés : les personnes bénéficiaires de la CMUc, les chômeurs, les personnes placées sous main de justice… ;
    - et au regard des enjeux de leurs missions, à destination des professionnels de santé, des étudiants dans les filières de santé, des professionnels de la petite enfance et de l'éducation ;
- axe 3 : amplifier certaines actions auprès de publics prioritaires dans une volonté de réduire les inégalités sociales de santé.

Les actions qui mobilisent l'intersectorialité (mobilisation conjointe des associations d'usagers, de collectivités territoriales et professionnels de santé) seront privilégiées.

III.*b)* – L'action nationale prioritaire à décliner : la démarche « Lieux de santé sans tabac »

Dans le cadre du PNLT et des actions financées par le fonds de lutte contre le tabac, le ministère de la santé (DGS et DGOS) et l'Inca (Institut national du cancer) lancent le déploiement du dispositif « Lieux de santé sans tabac » au sein des établissements de santé.

Dans le cadre de leurs missions de santé publique, les établissements de santé publics et privés, qu'ils appartiennent ou soient associés ou non à un GHT (groupement hospitalier de territoire), doivent s'engager de manière active dans la lutte contre le tabac en lien étroit avec les acteurs de ville.

Objectif

L'objectif est d'amener, sur la période 2018-2022, au moins 50 % des établissements de santé publics et privés, qu'ils appartiennent ou soient associés ou non à un GHT, à adopter cette démarche. Cet effort visera prioritairement :

- tous les établissements qui ont une activité « femme, mère, nouveau-né, enfant », dont les établissements autorisés à l'activité de soins de gynécologie obstétrique ;

– tous les établissements de soins autorisés à traiter les patients atteints d'un cancer.

La démarche « Lieux de santé sans tabac » se décline autour de trois axes :

– améliorer la santé du patient fumeur en lui proposant systématiquement une démarche de sevrage tabagique avant et pendant son séjour en établissement de santé et en faisant le lien avec son médecin traitant et avec tout professionnel de santé en charge d'accompagner la personne dans l'arrêt du tabac ;
– aider tous les personnels fumeurs des établissements à s'engager dans une démarche d'arrêt du tabac en s'appuyant sur les services santé travail ;
– organiser les espaces des établissements de santé dans une logique de promotion de la santé, afin de favoriser la non-exposition au tabac, en particulier des mineurs et des anciens fumeurs.

Présentation du dispositif

1. Un comité stratégique « Lieux de santé sans tabac »

Afin de parvenir aux objectifs poursuivis, le dispositif comprend une gouvernance nationale composé par un comité stratégique (DGS, DGOS, DSS, Cnam, INCa, SpF, HAS, un représentant d'ARS…)

2. Un promoteur national « Lieux de santé sans tabac »

Le promoteur national sera chargé de réaliser les missions suivantes :

– promotion auprès des partenaires, animation et coordination générale de la démarche au niveau national ;
– coordination en lien avec les ARS ;
– élaborer des contenus, des outils et une formation harmonisée des dispositifs d'appui et des personnes en charge des interventions auprès des établissements de santé au sujet de la démarche « Lieux de santé sans tabac » .

3. Un appui régional placé sous l'autorité de l'ARS,
chargé notamment de la démarche « Lieux de santé sans tabac »

L'appui régional, prévu au *b* du 2 de la présente instruction, sera chargé, entre autres, des missions suivantes pour la démarche « Lieux de santé sans tabac » :

– la coordination du ou des porteurs en région de la démarche ;
– l'appui aux porteurs de projets de la démarche « Lieux de santé sans tabac » ;
– le suivi de la feuille de route régionale, validée par l'ARS, après avis du promoteur national ;
– suivi et évaluation des actions mises en place dans la région selon des indicateurs définis par le promoteur national ;
– le rapport annuel de l'activité du P2RT comprenant le bilan des actions financées par le fonds de lutte contre le tabac.

4. Un ou des porteurs de projets de la démarche « Lieux de santé sans tabac »

Le ou les porteurs de projets régionaux ayant répondu à l'appel à projets régional « lutte contre le tabac » auront les missions suivantes :

– réalisation de la démarche « Lieux de santé sans tabac » selon la feuille de route régionale validée par l'ARS ;
– accompagnement des établissements de santé dans la réalisation de la démarche ;
– promotion de la démarche auprès des acteurs régionaux ;
– réalisation d'outils de communication régionaux selon besoin (radios, presse, réseaux sociaux, affiches, flyer…) en complémentarité avec les outils nationaux mis à disposition par le promoteur national ;
– réalisation de journées régionales d'information et de mobilisation sur la démarche « Lieux de santé sans tabac » sous le pilotage de l'ARS en lien avec l'appui régional.

Un bilan régional annuel « lieux de santé sans tabac » sera réalisé par l'appui régional. Ce bilan spécifique sera adressé par l'ARS au promoteur national « lieux de santé sans tabac ». Il sera intégré par l'ARS dans le rapport annuel du P2RT.

III.*c)* – Les actions exclues de cet appel à projets

Sont exclues d'un financement par l'appel à projet régional :

- les projets portés par des acteurs présentant un lien avec l'industrie du tabac (article 5.3 de la CCLAT) ;
- les actions par ailleurs déjà financées par le fonds de lutte contre le tabac, notamment :
  - les actions en lien avec l'opération « Mois sans tabac » qui font l'objet d'autres financements pour 2018 :
    - un appel à projets financé par Santé publique France permettant le recrutement d'un organisme appelé « Ambassadeur de Mois sans tabac » ;
    - un appel à projets qui contribue à l'opération « Mois sans tabac » organisé par l'assurance maladie (CNAM, CPAM) pour permettre le financement d'actions locales ;
  - les actions permettant de déployer le programme d'aide au sevrage tabagique pour les adolescents « Tabado » en lycée professionnel et en centre de formation d'apprentissage qui sont déjà financées au travers de l'appel à projets national « déploiement de Tabado » porté par l'INCa ;
  - les actions permettant de déployer le programme porté par la MSA d'aide au sevrage tabagique pour les adolescents « Déclic Stop tabac » en lycée agricole et dans le maisons familiales rurales ;
  - les actions de recherche, celles-ci seront financées au travers d'un appel à projets national consacré spécifiquement à la recherche dans le cadre d'un dispositif développé conjointement par l'INCa et l'IReSP ;
- les actions de lutte contre le tabac déjà financées au titre du FIR (mission 1) ;
- les actions déjà financées en totalité dans le cadre de programmes d'actions portées par d'autres financeurs.

IV. – RECEVABILITÉ DES PROJETS

Les structures concernées et bénéficiaires de la subvention

Les porteurs de projets pourront être notamment des associations, des organismes d'assurance maladie, des structures soutenues par les collectivités territoriales (notamment les services départementaux de PMI et de planning familial), des centres de santé, des établissements de santé, médico-sociaux et sociaux, des unions régionales des professionnels de santé, des maisons de santé pluridisciplinaires, ou des centres d'examens de santé…

Le fonds de lutte contre le tabac n'a pas vocation à financer des structures en soi mais doit allouer des financements à des projets.

Les critères d'éligibilité

Pour être retenus et financés, les projets devront répondre aux critères suivants :

- en cohérence avec les actions dans le P2RT actualisé :
  - inscription dans les actions et publics prioritaires précisées ci-dessus ;
  - pertinence de l'action proposée ;
  - cohérence de chaque action vis-à-vis du projet global ;
  - qualité méthodologique du projet ;
  - capacité du promoteur à mettre en œuvre le projet ;
  - partenariats mis en œuvre en inter-sectorialité ;
  - inscription dans le contexte local ;
  - adéquation du buget du projet au regard des objectifs visés ;
  - objectifs et modalités de l'évaluation de processus et de résultats clairement présentés. Cette évaluation doit être proportionnelle à l'enjeu et à l'ampleur du projet.

S'ils existent, les outils élaborés au niveau national par des opérateurs nationaux. devront préférentiellement être utilisés par les porteurs de projets.

Les porteurs de projet seront sollicités par l'ARS pour renseigner les éléments de reporting et d'évaluation pour les projets les concernant.

Les projets doivent respecter les principes généraux suivants :

– les financements de frais de fonctionnement, de matériel et d'investissement doivent être raisonnables et en lien direct avec la réalisation du projet ;
– les recrutements de personnes doivent être en lien direct avec le projet et sur sa durée ;
– la création d'outils promotionnels ainsi que les frais liés au moment de convivialité doivent être limités et en tout état de cause en lien direct et en cohérence avec le projet. Par ailleurs, les actions devront préférentiellement utiliser des outils de communication élaborés au niveau national par des opérateurs nationaux (Santé publique France, Inca…) ;
– le matériel de vapotage ne pourra pas être financé.

V. – LE CALENDRIER

Planning de l'appel à projets 2018 :

– lancement de l'appel à projets : juin/juillet 2018 ;
– date limite de dépôt des dossiers : août/septembre 2018 ;
– étude et présélection des dossiers : septembre 2018 ;
– communication des résultats aux candidats : octobre 2018 ;
– signature des conventions et versement des contributions financières : octobre/novembre 2018.

VI. – FINANCEMENT DE L'APPEL À PROJETS

Cet appel à projets est doté d'un financement maximal de X millions d'euros pour l'année 2018.

Le montant versé pour chaque projet sélectionné dépendra du contenu du projet et son descriptif financier. Le financement sera attribué au porteur de projet dans le cadre d'une convention conclue entre le bénéficiaire et l'ARS.

La convention mentionnera :

– l'objet de la convention et les modalités de son exécution ;
– la contribution financière de l'ARS et les modalités de versement ;
– le suivi de l'activité et l'évaluation de l'action à mettre en place par le porteur de projet ainsi que les informations à transmettre, assorti d'un calendrier ;
– les conditions relatives à la résiliation de la convention ;
– la nécessité pour le porteur de projets de participer aux réunions organisées par l'ARS pour le suivi et le bilan des actions soutenus dans le cadre de cet appel à projet ;
– la mention des éventuels liens d'intérêts du porteur avec des acteurs économiques.

VII. – PROCESSUS DE SÉLECTION

Les principales étapes de la procédure de sélection des dossiers de candidature sont les suivantes :

– diffusion de l'appel à projets régional par le DG ARS après avis de l'instance de gouvernance du P2RT, composée notamment d'un représentant de l'ARS, du chef de projet Mildeca, d'un représentant régional de Santé publique France et des représentants des caisses d'assurance maladie (au minimum le DCGDR et l'ARC-MSA) ;
– réception du dossier ou des dossiers de candidature ;
– vérification des critères de recevabilité et d'éligibilité ;
– évaluation par l'instance de gouvernance du P2RT en comité de sélection restreint (qui ne comprend pas de membres porteurs de projets) : les membres évaluent les projets (deux rapporteurs par projet) et discutent collégialement de la qualité des projets ;
– proposition par l'instance de gouvernance du P2RT d'une liste de projets à financer ;
– résultats : décision du DG ARS et publication des résultats.

VIII. – DURÉE DU PROJET ET ÉVALUATION

La durée de l'action se déroule sur une à trois années. Le porteur de projet fournira des indicateurs annuels de suivi de l'activité et qualitatifs.

Ceux-ci seront définis dans la convention de financement mentionnée au point VI.

Une évaluation et un bilan final de l'action seront réalisés en fin de projet par le porteur de projet et transmis à l'ARS.

Voir annexe 3 dossier de candidature à l'appel à projets régional.

ANNEXE 2

MARCHÉ D'APPUI À L'ARS DANS LA LUTTE CONTRE LE TABAC – PROJET DE CAHIER DES CLAUSES TECHNIQUES

Proposition d'un cahier des clauses techniques, à titre indicatif que chaque ARS devra adapter selon ses spécificités régionales.

Contexte à décrire

1. **L'objet du marché**

Le marché consiste à mettre en place un dispositif d'appui au DGARS, dans l'élaboration et la mise en œuvre du P2RT, en lien avec l'instance de gouvernance de la lutte contre le tabac en région.

Le titulaire a les missions suivantes à réaliser :

La prestation consiste, en lien avec le référent P2RT au sein de l'ARS et en lien avec l'instance de gouvernance du P2RT, à définir et/ou mettre à jour le plan d'action détaillé. L'appui régional sera en charge d'accompagner l'ARS dans les missions suivantes :

- l'appui à l'élaboration, l'actualisation et la mise en œuvre et le suivi du P2RT ;
- la déclinaison régionale d'actions nationales prioritaires : « Lieux de santé sans tabac » pour 2018 ;
- l'appui à la mise en œuvre opérationnelle par l'ARS de l'AAP régional du fonds de lutte contre le tabac ;
- la fourniture aux porteurs de projets d'outils de suivi et d'évaluation de la réalisation ;
- la mobilisation et l'animation des acteurs de la lutte contre le tabac en région ;
- l'élaboration de propositions pour améliorer la synergie et le déploiement des actions ;
- la contribution à la bonne évaluation des actions innovantes ou non validées et à l'évaluation de l'appel à projet ainsi que de la politique régionale de lutte contre le tabac ;
- la mise à disposition d'outils et méthodes validées, les échanges d'expériences, des échanges de pratiques au service des porteurs de projet du P2RT ;
- l'animation de réflexions, de groupe de travail pour élaborer des réponses adaptées au contexte régional ;
- la réalisation du rapport d'activité du P2RT ;
- échanger le cas échant avec les coordonnateurs nationaux de dispositifs à déclinaison régionale.

Le titulaire n'aura aucun lien d'intérêt avec l'industrie du tabac. Un courrier d'engagement sur ce point sera joint au dossier.

2. **Les résultats**

L'ensemble des actions du P2RT a pour objectif de contribuer à la baisse de la prévalence du tabagisme quotidien dans l'ensemble de la population régionale. Cet indicateur sera suivi par santé publique France dans le cadre des baromètres santé.

L'ARS en lien avec le titulaire définira les résultats attendus sur les différentes actions régionales. Concernant la démarche Lieux de santé sans tabac, l'ARS en lien avec le titulaire définira les indicateurs permettant de mesurer le niveau d'atteinte des objectifs fixés.

3. **Les livrables**

Le titulaire remet à l'interlocuteur de l'ARS les livrables suivants :

Pour répondre au marché :

- la présentation du titulaire (préciser quels documents administratifs sont nécessaires), l'engagement à n'avoir aucun lien avec l'industrie du tabac, les compétences et expériences en lien avec les missions attendues ;
- le calendrier d'exécution ;
- la méthodologie d'exécution ;
- les outils de pilotage ;

– les tableaux de bord opérationnels ;

Pour l'exécution du marché :

– supports préparatoires de réunions et comptes rendus de réunions ;
– adaptations des outils d'évaluation nationaux aux contextes locaux ;
– chaque année, un projet de rapport d'activité du P2RT ;
– autres selon attentes spécifiques des ARS.

4. **Dispositif de suivi et d'évaluation**

Le titulaire rendra compte de manière régulière à l'instance de gouvernance du P2RT selon les modalités choisies par l'ARS.

5. **Durée, lieux et modalités particulières**

Durée : selon les caractéristiques régionales

Des déplacements sur la région seront à prévoir pour rencontrer notamment des porteurs de projets et des acteurs investis sur la lutte contre le tabac dans la région. Les frais de déplacement seront pris en compte dans la proposition financière.

ANNEXE 3

DOSSIER DE CANDIDATURE – APPEL À PROJETS RÉGIONAL

Fonds de lutte contre le tabac

Dossier de candidature

Appel à projets régional de lutte contre le tabagisme

SOMMAIRE

PARTIE I :
- **Fiche d'identité du projet**
- **Résumé du projet**
- **Mots clés**

PARTIE II :
- **Description du projet**
- **Objectifs**
- **Populations cibles**
- **Modalités de réalisation du projet**
- **Calendrier et étapes clés du projet**
- **Évaluation du projet**
- **Budget prévisionnel et financement**

PARTIE I

Fiche d'identité du projet

Titre du projet :	
Structure(s) porteuse(s) du projet et bénéficiaire de la subvention	
Coordinateur du projet Nom, prénom Compétences et expériences	
Montant de la subvention demandée – En 2018 – sur la totalité du projet	
Axes de l'appel à projet	*(Plusieurs choix possibles)* ❑ Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme ❑ Aider les fumeurs à s'arrêter ❑ Réduction des inégalités sociales de santé en matière de tabagisme
Type d'action	❑ Nouvelle action ou programme d'actions ❑ Amplification d'un programme d'action ou d'une action existante
Durée prévue projet *(préciser – 1 à 3 ans)*	

Partenaire(s) impliqué(s) dans la mise en œuvre du projet

Nom du partenaire	Téléphone E-mail	Nom de l'organisme	fonction
Partenaire 1 **Nom prénom :**			
Partenaire 2 **Nom prénom :**			
Partenaire 3 **Nom prénom :**			
Partenaire 4 **Nom prénom :**			

Résumé du projet

Résumé du projet *(Max. 2 500 caractères espaces compris)*
• Contexte • Objectifs du projet et brève description des méthodes qui seront employées pour les atteindre • Résultats attendus

Mots clés

Mots clefs :	

PARTIE II

Description du projet

Décrire le contexte général du projet *(maximum ½ page)*: besoins de santé identifiés, articulation avec l'existant...

Décrire les études ou les dispositifs qui concluent à l'efficacité de ce type action *(maximum ½ page)*: études publiées, parangonnage, littérature grise ...

Objectifs

Objectif général du projet

Objectifs spécifiques : **Pour chaque objectif spécifique décrire la ou les actions (= objectif opérationnel) pour y arriver**
Objectif spécifique n° 1 et action(s)
Objectif spécifique n° 2 et action(s)
Objectif spécifique n° 3 et action(s)
Etc

Populations cibles

(Caractéristiques sociales, nombre, âge, sexe)

Modalités de réalisation du projet

Description détaillée *(maximum 1 page)* **– de la stratégie d'intervention**

Description détaillée *(maximum ½ page)* **– de la gouvernance/pilotage du projet (incluant les articulations régionales et nationales)**

Description des moyens humains et/ou des structures sur lesquels s'appuie le projet *(maximum ½ page)*

Description des moyens matériels nécessaires pour le projet *(maximum ½ page)*

Résultats attendus et impact visé *(maximum 1 page)*.

Modalités de suivi de la réalisation du projet : points d'informations, rapports intermédiaires, bilans annuels.... *(maximum ½ page)*

Valorisation et perspectives du projet *(maximum 1 page)*: **– après sa réalisation : quelle pérennisation/quelles perspectives pour le projet ?** **– en terme de communication** (public, médias ...)

Calendrier et étapes clés du projet

Adéquation du calendrier proposé au regard des objectifs du projet

Étapes	**Description** *(maximum 1 page)*
2018	
2019	
2020	

Évaluation du projet

Les modalités et moyens d'évaluation des projets doivent être décrits.

Méthodes d'évaluation Préciser les Indicateurs de processus et de résultats, décrire la/les méthode(s) et les critères d'évaluation *(maximum 1 page)*

Budget prévisionnel et financement

Justifiez le budget demandé *(maximum 1 page)*

Répartition et détail du budget demandé sur le Fonds de lutte contre le tabac pour la mise en œuvre du projet	**Montants**
Moyens humains (détaillez)	
Moyens matériels (détaillez)	
Communication (détaillez)	
Evaluation (détaillez)	
Autres	
Total du budget demandé sur le fonds	

Co-financements du projet

Autres financements (demandés, obtenus, prévus)

Préciser les montants et les noms des organismes financeurs

Pour les projets d'amplification d'une action existante, ou d'extension territoriale d'une expérimentation, préciser les financements actuels.

Nom de l'organisme	**Montant demandé**	**Montant obtenu**

Engagements et signatures

Nom de l'organisme bénéficiaire de la subvention :

_____

Je, soussigné(e), _____

❑ Représentant légal

❑ Personne dûment habilitée

(Cette personne est soit le représentant légal de l'organisme, soit toute autre personne dûment habilitée et bénéficiant d'une délégation de pouvoir ou de signature établie par le représentant légal. En cas de délégation de pouvoir ou de signature, joindre la copie de délégation)

Conformément aux critères d'éligibilité du cahier des charges permettant le financement d'actions nationales portées par des acteurs de la société civile dans le cadre du fonds de lutte contre le tabac, certifie que l'organisme ..... n'a aucun lien avec l'industrie du tabac

Date *Cachet de l'organisme et signature*

ANNEXE 4

BIBLIOGRAPHIE INDICATIVE D'INTERVENTIONS EFFICACES

1. **Projet de portail sur les interventions probantes en prévention**

Santé publique France élabore un portail dédié aux interventions probantes en prévention ; les premiers contenus relatifs à ce portail devraient être mis en ligne sur le site de Santé publique France mi-2018. Des contenus spécifiques sur les interventions efficaces en prévention du tabagisme sont prévus. Dans l'attente, une bibliographie non exhaustive est indiquée ci-dessous.

2. **Interventions efficaces en prévention du tabagisme : bibliographie en langue française (non exhaustive)**

Wilquin, J., Clément, J. & Lamboy, B. (2013). Interventions validées ou prometteuses en prévention du tabagisme chez les jeunes : synthèse de la littérature. *Santé Publique*, 2013/n° 1 Suppl. pages 65 à 74. doi:10.3917/spub.130.0065.

http://www.sfsp.fr/content-page/55-article-de-la-revue-sante-publique/557-interventions-validees-ou-prometteuses-en-prevention-du-tabagisme-chez-les-jeunes-synthese-de-la-litterature [dernière consultation le 25 mars 2018]

Résumé : l'objectif de cet article est de faire un état des connaissances scientifiques sur les interventions validées en prévention du tabagisme chez les enfants et les adolescents. La hausse du tabagisme quotidien des jeunes de 17 ans justifie en effet que soient présentées des interventions validées, afin de favoriser le développement d'interventions efficaces en France. Cet état des connaissances a été réalisé selon une méthode spécifique de sélection et d'analyse de la littérature scientifique, et de classification des interventions pertinentes. Vingt-deux interventions ont été identifiées comme ayant un impact sur le tabagisme des jeunes. Plus de la moitié d'entre elles s'adressent à la population générale, tandis que les autres ciblent des publics vulnérables ou bien des jeunes qui fument déjà. La plupart des interventions s'adressent aux adolescents, toutefois certaines visent les enfants de moins de 12 ans. La moitié environ des interventions combinent plusieurs modalités : elles peuvent être mises en place en milieu scolaire, impliquer la famille et/ou la communauté. Une grande majorité des programmes ciblant les individus est centrée sur le développement interactif des compétences psychosociales des jeunes. Des campagnes médiatiques, ainsi que des actions de contrôle de l'accès au tabac à plus grande échelle sont ensuite présentées pour leur efficacité. La connaissance de ces modalités d'intervention largement utilisées au niveau international devrait alimenter la réflexion sur les pratiques développées en France.

Guignard R., Nguyen-Thanh V., Delmer O., Lenormand M.-C., Blanchoz J.-M., Arwidson P. Interventions pour l'arrêt du tabac chez les fumeurs de faible niveau socio-économique : synthèse de la littérature. *Santé Publique,* volume 30 / n° 1 - janvier-février 2018.

Résumé :

Introduction : dans la plupart des pays occidentaux, la consommation de tabac apparaît très différenciée selon le niveau socioéconomique. Deux revues systématiques publiées en 2014 montrent que la plupart des interventions recommandées pour l'arrêt du tabac, notamment individuelles, ont tendance à accroître les inégalités sociales de santé. Afin de mettre à disposition des décideurs et des acteurs de terrain un ensemble de données probantes concernant les modalités d'interventions pour inciter et aider les fumeurs socio-économiquement défavorisés à arrêter de fumer, une analyse de la littérature la plus récente a été réalisée. Méthodes : la recherche documentaire concerne les articles publiés entre le 1er janvier 2013 et avril 2016. Seules les études réalisées dans des pays européens ou au stade 4 de l'épidémie tabagique (États-Unis, Canada, Australie, Nouvelle-Zélande) ont été incluses. Les articles retenus ont fait l'objet d'une double-sélection. Résultats : vingt-trois études ont été identifiées, concernant notamment les campagnes médiatiques, le soutien comportemental en face-à-face, l'aide à distance ou la sensibilisation au tabagisme passif des enfants. Certaines interventions adaptées aux publics précaires ont fait la preuve de leur efficacité. Conclusions : certaines caractéristiques permettraient d'atteindre les publics défavorisés et de les accompagner davantage, dont une offre de proximité, une démarche proactive et la co-construction avec les publics cibles.

Expertise collective Inserm « Conduites addictives chez les adolescents » (2014).

https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/conduites-addictives-chez-adolescents [dernière consultation le 25 mars 2018]

Cet ouvrage présente les travaux du groupe d'experts réunis par l'Inserm dans le cadre de la procédure d'expertise collective, pour répondre à la demande de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) concernant les conduites addictives chez les adolescents, en particulier sur les usages et les stratégies de prévention et d'accompagnement. Ce travail s'appuie sur les données scientifiques disponibles en date du second semestre 2013. Près de 1 400 articles constituent la base documentaire de cette expertise.

Un chapitre est spécifiquement consacré aux « Interventions de prévention des conduites addictives présentées comme efficaces vis-à-vis des adolescents ».

3. **Interventions dans le champ des compétences psycho-sociales**

– INPES. Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes. La santé en Action. 2015 : 431.

http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-431.pdf

– Expertise opérationnelle INSERM. Santé des enfants et des adolescents. Propositions pour la préserver. 2009 2e édition.

http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/84

– Joint action on mental health and wellbeing : mental health and schools. Situation analysis and recommendations for action. 2016 (avec des exemples de programme et une cible large pour développer les CPS : élèves, enseignants, etc.)

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/2017_mh_schools_en.pdf

– Washington State Institute for Public Policy. Inventory of Evidence-Based, Research-Based, and Promising Practices for Prevention and Intervention Services for Children and Juveniles in Child Welfare, Juvenile Justice, and Mental Health Systems. 2017.

http://www.wsipp.wa.gov/Reports/605

http://www.wsipp.wa.gov/ReportFile/1673/Wsipp_Updated-Inventory-of-Evidence-Based-Research-Based-and-Promising-Practices-For-Prevention-and-Intervention-Services-for-Children-and-Juveniles-in-the-Child-Welfare-Juvenile-Justice-and-Mental-Health-Systems_Inventory.pdf

4. **Recommandations au sujet de la prise en charge du tabac**

Bénéfices-risques de la cigarette électronique pour la population générale :

https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=541

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-labstinence-en-premier-recours

Europe

European Network for Smoking and Tobacco Prevention, ensp.org.

http://elearning-ensp.eu/assets/English%20version.pdf

Tobacco cessation, guidelines for high-risk populations. Athènes 2017.

http://tob-g.eu/wp-content/uploads/TOBG-French_d.pdf

ANNEXE 5

GOUVERNANCE NATIONALE DU DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LE TABAC

LES INSTANCES DE GOUVERNANCE DU PNLT

Le comité de pilotage du PNLT

Ce comité se réunit environ une fois par trimestre et constitue un espace de pilotage, de suivi et de facilitation de la mise en œuvre des actions du Programme national de lutte contre le tabac.

Présidé par le directeur général de la santé, le comité de pilotage national du PNLT associe la direction de la sécurité sociale, la direction générale de l'offre de soins, la direction des ressources humaines des ministères sociaux, le secrétariat général des ministères des affaires sociales (SGMAS), la direction générale des douanes et droits indirects, la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), l'Institut national du cancer (INCa), Santé publique France et un représentant des agences régionales de santé.

Le comité national de coordination du PNLT

Ce comité assure le suivi des actions déployées, renforce les synergies entre les acteurs institutionnels et de la société civile, propose des ajustements au comité de pilotage. Il se réunit deux fois par an et associe les administrations centrales, le SGMAS, les ARS de l'Île-de-France et des Pays de la Loire, l'INCa, la CNAM, Santé publique France, des associations de lutte contre le tabac, des associations de malades, des sociétés savantes et des représentants des professions de santé.

LES INSTANCES DE GOUVERNANCE DU FONDS DE LUTTE CONTRE LE TABAC

Le conseil de gestion

Le conseil de gestion du fonds comprend :

1° Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, par ailleurs président du conseil ;

2° Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie ;

3° Le directeur de la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole ;

4° Le directeur de la sécurité sociale ;

5° Le directeur général de l'offre de soins ;

6° Le directeur général de la santé ;

7° Le président de la mission mentionnée à l'article D. 3411-13 du code de la santé publique ;

8° Le directeur général de l'Agence nationale de santé publique ;

9° Le président de l'Institut national du cancer ;

10° Deux personnalités qualifiées, désignées par le ministre en charge de la santé pour une durée de trois ans.

Le conseil de gestion se réunit au moins une fois par an pour identifier les actions principales à financer en priorité l'année suivante.

Le conseil de gestion, sur la base de la présentation d'orientations prioritaires et d'un bilan des actions déjà menées, donne un avis relatif aux actions à financer par les crédits du fonds.

Le comité technique

Le comité technique, qui comprend des représentants des membres du conseil de gestion, est chargé de préparer les avis soumis au conseil. Il se réunit autant que de besoin.

Une mission d'appui au service du comité technique et du conseil de gestion assistera les instances de gouvernance du fonds de lutte contre le tabac dans la mise en œuvre et le suivi des actions financées dans le cadre du fonds.

SOLIDARITÉS

PROFESSIONS SOCIALES

PREMIER MINISTRE

SECRÉTARIAT D'ÉTAT
CHARGÉ DES PERSONNES HANDICAPÉES

Arrêté du 11 juillet 2018 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 2019

NOR : *SSAA1830449A*

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 2019. 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 7 au 9 janvier 2019 à Paris. Les épreuves de la deuxième partie se dérouleront du 25 au 28 juin 2019 à Paris, à l'exception de l'épreuve pratique intitulée « Séquence réelle avec une personne handicapée de la vue » qui se déroulera du 5 au 21 juin 2019 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'établissements 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 19 novembre 2018.

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 6 juin 2019 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 11 juillet 2018.

Pour la secrétaire d'État
chargée des personnes handicapées :
Le sous-directeur de l'autonomie
des personnes handicapées et des personnes âgées,
JEAN-GUILLAUME BRETENOUX

SOLIDARITÉS

ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de la cohésion sociale

Direction générale de la santé

Direction de la sécurité sociale

Instruction interministérielle n° DGCS/SD1/SD5C/DGS/DSS/DB/2018/127 du 22 mai 2018 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2018 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques : appartements de coordination thérapeutique (ACT), lits halte soins santé (LHSS), centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), lits d'accueil médicalisé (LAM), et « Un chez soi d'abord »

NOR : *SSAA1813762J*

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 11 mai 2018. – Visa CNP 2018-36.

Visée par le SG-MCAS le 17 mai 2018.

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 notifie les dotations régionales de dépenses médico-sociales pour les ESMS accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques pour 2018. Elle fixe les modalités de mise en œuvre des mesures nouvelles pour ces mêmes structures.

Mots clés : ONDAM – établissements médico-sociaux pour personnes confrontées à des difficultés spécifiques – mesures nouvelles – ACT – CAARUD – CSAPA – LHSS – LAM – « Un chez soi d'abord ».

Références :

Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 ;

Arrêté du 19 mars 2018 fixant pour l'année 2018 l'objectif de dépenses d'assurance maladie et le montant total annuel des dépenses des établissements mentionnés à l'article L. 314-3-3 du code de l'action sociale et des familles ;

Arrêté du 13 juin 2018 fixant les dotations régionales de dépenses médico-sociales des établissements et services médico-sociaux publics et privés mentionnés à l'article L. 314-3-3 du code de l'action sociale et des familles.

Annexes :

Annexe 1. – Notifications régionales pour 2018.

Annexe 2. – Activité de dépistage par TROD – Bilan annuel de l'activité réalisée.

Annexe 3. – Programmation pluriannuelle des LHSS et des LAM par région.

Annexe 4. – Méthodologie de ventilation pour les mesures nouvelles 2018 des LHSS et des LAM.

Annexe 5. – Cahier des charges national pour la création du dispositif d'ACT « Un chez-soi d'abord » comportant un logement accompagné et accueillant des personnes sans-abri présentant des pathologies mentales sévères.

Annexe 6. – Enquête relative au recensement des besoins 2019 et 2020 pour le dispositif d'ACT « Un chez-soi d'abord ».

Annexe 7. – Calendrier et modalités de retour des rapports d'activité relatifs aux structures addictologie.

Annexe 8. – Rapport d'activité des CSAPA – Structures ambulatoires.

Annexe 9. – Rapport d'activité des CSAPA – Structures avec hébergement.

Annexe 10. – Rapport d'activité des CAARUD.

Annexe 11. – Enquête relative à la campagne de tarification 2018 et au recensement des besoins 2019 et 2020.

Le ministre de l'économie et des finances et la ministre des solidarités et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé ; Mesdames et Messieurs les préfets de région ; directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (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 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).

L'article L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles (CASF) prévoit que les ministres chargés de la sécurité sociale, de l'action sociale, de l'économie et du budget arrêtent chaque année l'objectif de dépenses correspondant au financement par les régimes obligatoires d'assurance maladie (ONDAM) des établissements et des actions expérimentales mentionnés à l'article L. 314-3-3 du même code. Ces derniers se composent des appartements de coordination thérapeutique (ACT) dont le dispositif « Un chez-soi d'abord », des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogue (CAARUD), des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), des « lits halte soins santé » (LHSS) et des lits d'accueil médicalisés (LAM). Les ministres arrêtent également le montant total annuel des dépenses du secteur et sa répartition entre les dotations régionales limitatives (DRL) notifiées aux agences régionales de santé (ARS).

En 2017, afin de disposer d'un suivi des dépenses de ces établissements, il vous a été demandé de répondre à une enquête tarifaire. Celle-ci est reconduite en 2018.

Le montant définitivement arrêté de l'enveloppe de crédits dédiés aux établissements et services médico-sociaux (ESMS) « spécifiques » au titre de l'année 2018 s'élève à 619,93 M€, soit un taux de progression de + 6,47 % par rapport à 2017. Le montant de mesures nouvelles disponibles en 2018 est de 5,45 M€.

La présente instruction a pour objectif de détailler les hypothèses de construction des dotations régionales limitatives et de vous indiquer les évolutions et les priorités d'emploi des crédits pour chacune des catégories de structures. À compter de la notification de votre DRL, vous disposez d'un délai de soixante jours pour procéder à la tarification des établissements mentionnés à l'article L. 314-3-2 du CASF.

1. **Les mesures de reconduction, les extensions en année pleine et les dépenses inéluctables en 2018**

1.1. *Les crédits reconduction*

Les ESMS concernés par la présente instruction bénéficient en 2018 d'un taux de reconduction global de 0,80 % ce qui représente 4,65 M€ de crédits.

1.2. *Les crédits dédiés aux extensions en années pleines*

Le montant des enveloppes consacrées à l'extension en année pleine des mesures nouvelles de 2017 s'élève à 26,43 M€. Les extensions en année pleine (EAP) sont actualisées et correspondent à (montants arrondis) :

- la création de 200 places en ACT pour 8 mois de fonctionnement, soit 4,45 M€ ;
- la création de 50 places de coordination thérapeutique (ACT) à domicile pour 8 mois de fonctionnement, soit 0,30 M€ ;
- le financement de salles de consommation à moindre risque (SCMR) sur 11 mois, soit 1,99 M€ ;
- le renforcement de l'offre médico-sociale en CSAPA et CAARUD dont matériel de réduction des risques (RDR) pour 8 mois, soit 1,28 M€ ;
- la mise à disposition de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) VHC en CAARUD et VIH en CSAPA pour 8 mois, soit 0,18 M€ ;

– le déploiement de programmes de Réduction des risques et des dommages (RDRD) à distance pour 8 mois, soit 0,17 M€;
– le renforcement des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) sur 8 mois, soit 1,36 M€;
– la mise à disposition de la naloxone sur 8 mois, soit 0,27 M€;
– la création de 150 places de LHSS pour 9 mois, soit 4,69 M€;
– la création de 200 places de LAM pour 9 mois soit 11,09 M€.

1.3. *Le contentieux ANPAA*

S'agissant du surcoût relatif à la rémunération des médecins spécialistes de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA), résultant pour les ARS Auvergne-Rhône Alpes et Occitanie des arrêts en date du 16 juin 2017 de la Cour nationale de la tarification sanitaire et sociale (CNTSS) favorables à l'ANPAA, des crédits leur sont délégués en 2018. Il est à noter que ces arrêts font l'objet d'un pourvoi en cassation du ministère des solidarités et de la santé devant le Conseil d'État.

Les décisions des tribunaux interrégionaux de la tarification sanitaire et sociale (TITSS) et de la CNTSS sont exécutoires. Le jugement infirmant la décision de l'autorité de tarification est rétroactif et s'applique au jour de la mise en œuvre de la décision illégale contestée. Lorsque la décision intervient après la clôture de l'exercice concerné, il convient de procéder à des reconstitutions des exercices antérieurs pour que la décision du tribunal ait un effet sur le budget de l'exercice en cours. Vous vous référerez à ce titre à l'article R. 314-63 du CASF. Il est rappelé que les régularisations s'entendent uniquement pour les ANPAA ayant fait l'objet d'un jugement de la CNTSS.

Il est à souligner que ces crédits sont donc susceptibles de faire l'objet d'une récupération si le pourvoi n'est pas rejeté. En revanche, pour les ARS n'ayant pas contesté des jugements désormais définitifs, les crédits délégués pour financer le surcoût le sont à titre pérenne.

Les crédits ainsi délégués s'élèvent pour 2018 à 419 031 €. Ils sont notifiés en annexe 1.

Dans la perspective de la décision du Conseil d'État, il vous est demandé d'assurer de manière régulière et précise, exercice budgétaire par exercice budgétaire, un suivi des contentieux ANPAA en cours ou à venir et d'informer le ministère de tout nouveau contentieux en précisant son surcoût. Vous êtes également invités à faire remonter, le cas échéant, vos questions relatives à la gestion et l'organisation de ce contentieux et de son suivi.

2. **Les mesures nouvelles : création de places en 2018**

2.1. *Structures d'addictologie*

Le montant des mesures nouvelles 2018 pour les structures d'addictologie est fixé à 1 M€.

2.1.1. Financement des salles de consommation à moindre risque : 0,15 M€ sur 6 mois

Ces crédits sont destinés au financement de la salle de consommation à moindre risque de Paris.

Les crédits sont notifiés en annexe 1.

2.1.2. Programme de réduction des risques et des dommages à distance : 0,10 M€ sur 12 mois

Ces crédits sont délégués dans les suites de la mesure 50 du plan d'actions 2016-2017 du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. Ils sont destinés à améliorer l'accessibilité du matériel de réduction des risques et des dommages (RDRD) par la création d'un service d'envoi postal de matériel, en s'appuyant sur les CAARUD.

Les crédits sont notifiés en annexe 1.

2.1.3. Renforcement des consultations jeunes consommateurs (CJC) : 0,50 M€ sur 6 mois

Comme annoncé dans le Plan national de santé publique, il est souhaité de s'orienter vers un jumelage de chaque collège et lycée avec une CJC référente située à proximité, par une convention, afin de favoriser les échanges et les liens entre l'équipe de la CJC et l'équipe éducative.

Ces crédits sont destinés à renforcer l'intervention des CJC sur le territoire, afin d'améliorer la prise en charge des jeunes consommateurs et de leurs proches. Ces crédits doivent notamment permettre d'augmenter les heures d'ouvertures, de créer des consultations avancées, de développer des actions de prévention collective « hors les murs », l'intervention précoce et les activité d'« aller vers » (partenariat avec les acteurs non spécialisés notamment les établissements scolaires pour l'orientation des jeunes en difficultés).

Les crédits sont notifiés en annexe 1.

2.1.4. Mise à disposition de naloxone : 0,25 M€ sur 6 mois

Ces crédits sont délégués dans les suites de la mesure 39 du plan d'actions 2016-2017 du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017.

Les crédits sont destinés à l'achat par les CSAPA et les CAARUD de spécialités à base de naloxone indiquées dans le traitement d'urgence des surdoses aux opiacés. Cela permet la dispensation gratuite de ce traitement aux usagers identifiés comme présentant un risque élevé de surdose aux opiacés, parmi la file active des usagers accueillis par les CSAPA et CAARUD.

Cette mesure cible tout particulièrement les CAARUD et les CSAPA référents prison, en raison des caractéristiques de la population accueuillie.

Ces crédits doivent également permettre de former les professionnels des CSAPA et des CAARUD à l'utilisation de la naloxone et aux modalités d'accompagnement des usagers auxquels ils délivrent ce médicament.

Les crédits sont notifiés en annexe 1.

2.2. *Appartements de coordination thérapeutique (ACT) : 0,83 M€ sur 6 mois*

Au regard des besoins exprimés par les ARS, une enveloppe de 838 375 € a été réservée à la création/extension de 50 places d'ACT en 2018 sur six mois.

Cette enveloppe correspond à une valorisation des 50 places sur 6 mois sur la base d'un coût annuel à la place de 32 764 € en métropole et de 39 188 € en outre-mer.

La répartition des crédits correspondant à ces 50 places est détaillée en annexe 1.

Cette répartition tient compte du taux d'équipement en ACT des régions, des indicateurs de précarité[1], du nombre de personnes recensées en affection longue durée VIH, hépatites et diabète[2] dans ces régions.

Le plan national de santé publique prévoit la poursuite du déploiement des appartements de coordination thérapeutique (ACT) compte tenu de l'accroissement de la précarité et de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques. Ces créations/extensions s'appuyent également :

– sur la « stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030[3] » ;
– les actions pour contribuer à l'élimination du virus de l'hépatite C en France à l'horizon 2025 ;
– les recommandations issues des différents plans ;
– les rapports ainsi que les enquêtes[4] relatifs à l'hébergement l'accompagnement et la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques.

Ces principales mesures consistent à :

– améliorer et soutenir l'offre d'hébergement pour les personnes en situation de précarité atteintes de maladies chroniques, dont le VIH et les hépatites ;
– favoriser l'accueil et l'intégration en ACT des patients sortant de prison ;
– aider aux conditions permettant un parcours vers l'autonomie des patients ;
– développer les compétences des équipes d'ACT (pratiques addictives, troubles neurocognitifs et/ou psychiatriques, accompagnement en fin de vie, personnes sortant de prison) et encourager les partenariats avec les associations, les réseaux et les structures spécialisées implantées sur le territoire ;
– permettre l'accueil des accompagnants, notamment par la mobilisation du droit commun.

2.3. *Les lits halte soins santé (LHSS) et les lits d'accueil médicalisés (LAM) : 2,63 M€ sur 6 mois*

Les LAM et les LHSS sont des dispositifs pérennisés à l'issue d'expérimentations qui constituent des réponses adaptées à la prise en charge de personnes en situation de grande précarité souffrants de pathologies diverves.

Pour mieux articuler les LHSS et les LAM, le décret n° 2016-12 du 11 janvier 2016 détaille les conditions techniques de fonctionnement des deux dispositifs. Les LHSS assurent un accueil temporaire

[1] Nombre de bénéficiaires des minima sociaux en 2015 – Source DREES.

[2] ALD 6 « maladies chroniques actives du foie et cirrhoses », ALD 7 « déficit immunitaire primitif, infection par le VIH », ALD 8 « diabète de types 1 et 2 », données CNAMTS 2013.

[3] Stratégie nationale de santé sexuelle – Agenda 2017-2030, 28 Mars 2017.

[4] Plan Cancer 3, Étude sur les dispositifs d'hébergement créés dans le champ du VIH. Plein sens (commande DGS) – octobre 2010, Rapport Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, Rapport Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C.

de personnes en situation de précarité lorsque leur état de santé ne justifie pas une hospitalisation mais nécessite une prise en charge adaptée. Ils interviennent donc fréquemment en relais d'une hospitalisation, pour une durée de 2 mois renouvelable autant de fois que de besoin. Les LAM assurent un accueil, sans limitation dans le temps, de personnes souffrant de pathologies lourdes, chroniques, irréversibles et invalidantes.

Les dispositifs LHSS et LAM répondent aux enjeux de lutte contre la grande exclusion portés notamment par les politiques de prévention et de lutte contre l'exclusion. Leur déploiement sur l'ensemble du territoire national n'est toutefois pas encore achevé.

En 2018, l'essentiel des crédits est mobilisé sur le financement des 150 places de LHSS et des 200 LAM créées sur 9 mois. À ceci s'ajoutent 55 nouvelles places de LHSS et 40 places de LAM sont créées sur 6 mois. La ventilation de ces places a tenu compte de plusieurs critères :

– la création effective des places financées dans les ONDAM 2015, 2016 et 2017 ;
– les besoins exprimés lors de l'enquête tarifaire ;
– la population et le taux de pauvreté des régions ;
– la densité des places de centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) dans les régions ;
– la faisabilité des projets de création de place en fonction des conditions techniques prévues par le décret du 11 janvier 2016 ;
– le déploiement des LAM dans toutes les régions.

Afin de préparer le déploiement d'éventuelles nouvelles places dans les années à venir, votre attention est attirée sur la nécessité de compléter les annexes 3 et 11 en y apportant tout le soin nécessaire afin que le déploiement de nouvelles places soit le plus pertinent possible. Il est par ailleurs vivement recommandé de procéder à l'analyse des besoins puis des appels à projets avec les services compétents des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS).

Les « lits halte soins santé » (LHSS)

En 2018, seront créés 55 nouveaux lits sur 6 mois (183 jours), soit une enveloppe de 1,14 M€ au total.

Le prix de journée d'un LHSS s'élève à 114,2 €/jour/lit.

Les « lits d'accueil médicalisés » (LAM)

En 2018, seront créés 40 nouveaux lits financés sur 6 mois (183 jours), soit une enveloppe de 1,48 M€ au total.

Le prix de journée d'un LAM s'élève à 202,5 €/jour/lit.

L'annexe 3 recense par région le nombre de lits antérieurement financés et les mesures nouvelles 2018. Afin de consolider la visibilité de l'existant et les projections 2019, 2020 et 2021 au regard de vos besoins locaux en LAM et LHSS, il vous est demandé de remplir les colonnes prévues à cet effet.

L'annexe 4 présente la méthodologie de l'affectation des places nouvelles par région en 2018 et rappelle les contraintes techniques pour la création des LAM et LHSS.

Vous voudrez bien retourner l'annexe 3 complétée de façon exhaustive pour le 31 janvier 92019 au plus tard à l'adresse suivante : DGCS-lamlhss@social.gouv.fr et clarita.beny@social.gouv.fr

2.4. *« Un chez soi d'abord ».*

Au titre de la coordination du dispositif « Un chez soi d'abord », il est prévu une enveloppe 2018 de 0,98 M€.

L'expérimentation « Un chez-soi d'abord » qui s'est déroulée entre 2011 et 2016 a été pérennisée par le décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 ayant créé un nouveau type d'appartement de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord » comportant un logement accompagné et accueillant des personnes sans-abri présentant des maladies mentales sévères. Le déploiement du dispositif est encadré par un cahier des charges national figurant en annexe 5 de la présente circulaire.

Le Premier ministre a annoncé en juillet 2016 la pérennisation des quatre sites expérimentaux et le déploiement du dispositif sur 16 nouveaux sites entre 2018 et 2022 au rythme de 4 sites chaque

année. Chaque site aura une montée en charge sur deux années consécutives avec 2/3 du financement global alloué en année *N* et 1/3 du financement alloué en année *N* + 1. Il est prévu une enveloppe 2018 de 0,98 M€ se répartissant par :

– la création de 4 nouveaux sites sur 6 mois soit une enveloppe de 0,91 M€ ;
– la montée en charge du site de Paris à hauteur de 40 000 € versée à l'ARS Île-de-France ;
– une enveloppe de 27 000 € au titre de la coordination nationale du dispositif versée à l'ARS Occitanie.

À noter que le dispositif « Un chez soi d'abord » financé par l'ONDAM spécifique pour le volet accompagement médico-social bénéficie d'un cofinancement par le programme 177 pour le volet logement.

L'annexe 5 présente le cahier des charges national pour la création du dispositif ACT « Un chez-soi d'abord ».

L'annexe 6 recense par région le nombre de sites financés en 2017 et les mesures nouvelles 2018. Afin de faciliter les projections 2019 et 2020 au regard de vos besoins en dispositif « un chez-soi d'abord » il vous est demandé de remplir les colonnes prévues à cet effet.

Vous voudrez bien retourner l'annexe 6 complétée de façon exhaustive pour le 31 janvier 2019 au plus tard à l'adresse suivante : clarita.beny@social.gouv.fr

3. Les rapports d'activité relatifs aux structures « addictologie » et le bilan annuel de l'activité de dépistage réalisée par TROD

La présente instruction a également pour objectif de vous transmettre les formulaires des rapports d'activité des CSAPA et des CAARUD, portant sur l'année 2018, que vous voudrez bien adresser aux structures afin qu'elles les complètent (annexes 8, 9 et 10). Le questionnaire relatif au sevrage tabagique a été intégré au rapport d'activité des CSAPA ambulatoires afin de faciliter les remontées d'informations par les structures.

L'annexe 7 rappelle le calendrier et les modalités de retour des données recueillies. Ces remontées d'informations sont essentielles pour pourvoir dresser un état des lieux. Des analyses régionales pourront également être réalisées.

Il vous est également demandé de transmettre aux structures le questionnaire relatif au bilan annuel de l'activité de dépistage réalisée par TROD (annexe 2) afin que ces dernières le complètent pour l'activité 2018. Les documents complétés doivent parvenir pour le 31 janvier 2019 au plus tard à la DGS/bureau SP3 (dgs-sp3@sante.gouv.fr et malisa.rattanatray@sante.gouv.fr).

4. L'enquête relative à la campagne de tarification pour 2018 et au recensement des besoins en mesures nouvelles

Votre attention est attirée sur la nécessité de procéder à un suivi rigoureux des dépenses engagées par vos décisions de tarification et de vos besoins pour les années à venir. L'enquête tarifaire 2017 est reconduite, il vous est demandé de renseigner impérativement l'annexe 11 jointe à cette instruction qui concerne l'ensemble des ESMS financés sur la dotation régionale limitative.

Vous voudrez bien retourner le fichier excel complété de façon exhaustive pour le 31 janvier 2019 au plus tard aux quatre adresses suivants : DGCS-5C-TARIF@social.gouv.fr ; DGCS-lamlhss@social.gouv.fr ; DGS-SP2@sante.gouv.fr ; dgs-sp3@sante.gouv.fr.

Pour la ministre des solidarités et de la santé
et par délégation :

La secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales,
S. Fourcade

Le directeur général de la cohésion sociale,
J.-P. Vinquant

Le directeur général de la santé,
J. Salomon

Pour le ministre de l'économie et des finances
et par délégation :
La directrice de la sécurité sociale,
M. Lignot-Leloup

ANNEXE 1

NOTIFICATIONS RÉGIONALES 2018

	Enveloppe addictologie et ACT (dont ACT à domicile) reconductible notifiée en 2017 en €	Tranferts au 01/01/2018 en €	Base addictologie et ACT (dont ACT à domicile) pour 2018 en €	Actualisation de la base 2017 (+0,80%) en €	EAP 2018 ACT actualisées	EAP 2018 ACT à Domicile actualisées	EAP 2018 Addictologie actualisées	Socle 2018 pour les structures addictologie et ACT (hors ACT Psy et "un chez soi d'abord") en €	Mesures nouvelles 2018					Total Notifications Addictologie et ACT (hors ACT Psy et "un chez soi d'abord") 2018 en €
									Création de 50 places ACT sur 6 mois	SCMR sur 6 mois	Renforcement de l'Offre de matériel de RDRD à distance sur 12 mois	Renforcement des CJC sur 6 mois	Mise à disposition de la naloxone dans les CAARUD et les CSAPA sur 6 mois	
GRAND EST	**38 142 134**	0	38 142 134	305 137	283 956	0	1 119 103	**39 850 329**	49 146	0	100 000	41 268	22 594	**40 063 337**
NOUVELLE AQUITAINE	**39 931 468**	0	39 931 468	319 452	262 112	0	309 306	**40 822 338**	49 149	0	0	41 750	25 640	**40 938 877**
AUVERGNE RHONE-ALPES	**42 969 068**	0	42 969 068	343 753	436 853	0	341 159	**44 090 832**	65 528	0	0	60 701	17 851	**44 234 912**
BOURGOGNE FRANCHE-COMTE	**18 324 968**	0	18 324 968	146 600	218 428	57 119	147 569	**18 894 684**	32 764	0	0	19 710	9 137	**18 956 295**
BRETAGNE	**15 132 278**	0	15 132 278	121 058	283 956	0	182 046	**15 719 338**	0	0	0	24 461	5 859	**15 749 657**
CENTRE VAL DE LOIRE	**14 834 463**	0	14 834 463	118 676	327 640	0	110 464	**15 391 243**	49 146	0	0	18 003	6 067	**15 464 459**
CORSE	**3 143 721**	0	3 143 721	25 150	0	0	21 587	**3 190 458**	49 146	0	0	2 138	1 069	**3 242 811**
ILE-DE-France	**115 072 871**	0	115 072 871	920 583	873 708	57 119	1 621 456	**118 545 737**	131 056	150 000	0	98 427	59 441	**118 984 661**
OCCITANIE	**47 694 603**	0	47 694 603	381 557	349 484	0	346 154	**48 771 798**	81 910	0	0	42 966	25 665	**48 922 339**
HAUTS-DE-France	**50 818 103**	0	50 818 103	406 545	327 640	0	287 897	**51 840 185**	49 146	0	0	48 615	31 687	**51 969 633**
NORMANDIE	**20 917 895**	0	20 917 895	167 343	218 428	57 119	147 789	**21 508 574**	49 146	0	0	24 636	8 014	**21 590 370**
PACA	**44 080 339**	0	44 080 339	352 643	218 428	57 119	273 876	**44 982 404**	65 528	0	0	35 075	20 836	**45 103 843**
PAYS DE LA LOIRE	**18 975 295**	0	18 975 295	151 802	131 056	0	199 229	**19 457 383**	49 146	0	0	28 447	6 592	**19 541 568**
GUADELOUPE	**4 591 127**	0	4 591 127	36 729	78 376	0	23 956	**4 730 188**	0	0	0	2 911	1 661	**4 734 760**
MARTINIQUE	**5 296 550**	0	5 296 550	42 372	52 251	0	25 077	**5 416 250**	39 188	0	0	2 575	660	**5 458 673**
GUYANE	**9 096 180**	0	9 096 180	72 769	313 504	68 544	38 845	**9 589 843**	39 188	0	0	2 927	4 028	**9 635 986**
REUNION - MAYOTTE	**6 471 772**	0	6 471 772	51 774	78 376	0	42 897	**6 644 820**	39 188	0	0	10 389	3 200	**6 697 596**
TOTAL	**495 492 835**	0	495 492 835	3 963 943	4 454 195	297 021	5 238 410	**509 446 403**	838 375	150 000	100 000	505 000	250 000	**511 289 778**

	Rappel base 2017 places ACT troubles psychiques sur 4 mois	Actualisation de la base ACT troubles psychiques 2017 (+0,80%) en €	EAP 2018 ACT troubles psychiques actualisées	Total notifications ACT troubles psychiques 2018	Rappel base LHSS pour 2017 en €	Actualisation de la base LHSS 2017 (+0,80%) en €, soit un tarif 2018 de 114,227€/jour/lit	EAP LHSS 2018 actualisées au tarif 2018 de 114,227€/jour/lit	Mesure nouvelle	Total Notifications LHSS 2018
								Création de 55 LHSS (=114,227€/jour/lit) sur 6 mois, soit 183 jours	
GRAND EST	**0**	0	0	**0**	**4 467 023**	35 736	250 386	104 518	**4 857 662**
NOUVELLE AQUITAINE	**107 437**	859	216 593	**324 889**	**3 019 419**	24 155	125 193	83 614	**3 252 381**
AUVERGNE RHONE-ALPES	**0**	0	0	**0**	**4 942 652**	39 541	312 982	188 132	**5 483 307**
BOURGOGNE FRANCHE-COMTE	**0**	0	0	**0**	**1 592 209**	12 738	312 982	0	**1 917 929**
BRETAGNE	**0**	0	0	**0**	**1 623 375**	12 987	156 491	0	**1 792 853**
CENTRE VAL DE LOIRE	**0**	0	0	**0**	**1 695 898**	13 567	0	0	**1 709 465**
CORSE	**0**	0	0	**0**	**82 727**	662	0	0	**83 389**
ILE-DE-France	**107 437**	859	216 593	**324 889**	**17 340 571**	138 725	1 158 033	83 614	**18 720 943**
OCCITANIE	**107 437**	859	216 593	**324 889**	**4 073 674**	32 589	688 560	146 325	**4 941 149**
HAUTS-DE-France	**0**	0	0	**0**	**5 201 009**	41 608	469 473	125 421	**5 837 511**
NORMANDIE	**0**	0	0	**0**	**2 936 808**	23 494	0	0	**2 960 302**
PACA	**0**	0	0	**0**	**5 346 094**	42 769	156 491	0	**5 545 354**
PAYS DE LA LOIRE	**0**	0	0	**0**	**2 109 302**	16 874	250 386	0	**2 376 562**
GUADELOUPE	**0**	0	0	**0**	**672 003**	5 376	156 491	146 325	**980 195**
MARTINIQUE	**0**	0	0	**0**	**454 878**	3 639	125 193	125 421	**709 131**
GUYANE	**0**	0	0	**0**	**371 927**	2 975	375 578	125 421	**875 902**
REUNION - MAYOTTE	**0**	0	0	**0**	**1 292 467**	10 340	156 491	20 904	**1 480 201**
TOTAL	**322 311**	2 578	649 779	**974 668**	**57 222 036**	457 776	4 694 730	1 149 695	**63 524 237**

	Rappel base LAM pour 2017 en €	Actualisation de la base LAM 2017 (+0,80%) en €, soit un tarif 2018 de 202,507€/jour/lit	EAP LAM 2018 actualisées au tarif 2018 de 202,507€/jour/lit	Mesure nouvelle Création de 40 places de LAM (=202,507 €/jour/lit) sur 6 mois, soit 183 jours	Total Notifications LAM 2018	Base "Un chez soi d'abord" pour 2017 en €	Actualisation du socle 2017 (+0,80%) en €	Mesure nouvelles 4 nouveaux sites sur 6 mois, soit 183 jours + Paris + coordination nationale	Total Notifications "Un chez soi d'abord" 2018	Contentieux ANPAA	Total 2018 en €
GRAND EST	**3 666 358**	29 331	0	0	**3 695 689**	**0**	0	0	**0**	**0**	**48 616 688**
NOUVELLE AQUITAINE	**1 356 474**	10 852	110 974	370 588	**1 848 887**	**0**	0	229 125	**229 125**	**174 452**	**46 768 613**
AUVERGNE RHONE-ALPES	**1 832 177**	14 657	1 109 738	185 294	**3 141 867**	**0**	0	458 250	**458 250**	**171 880**	**53 490 216**
BOURGOGNE FRANCHE-COMTE	**1 356 462**	10 852	110 974	0	**1 478 288**	**0**	0	229 125	**229 125**	**0**	**22 581 636**
BRETAGNE	**1 173 043**	9 384	221 948	0	**1 404 375**	**0**	0	0	**0**	**0**	**18 946 885**
CENTRE VAL DE LOIRE	**1 191 335**	9 531	277 435	0	**1 478 300**	**0**	0	0	**0**	**0**	**18 652 225**
CORSE	**0**	0	0	0	**0**	**0**	0	0	**0**	**0**	**3 326 200**
ILE-DE-France	**5 424 642**	43 397	1 775 581	111 176	**7 354 797**	**655 706**	5 246	40 000	**700 952**	**0**	**146 086 242**
OCCITANIE	**1 795 613**	14 365	998 765	74 118	**2 882 860**	**758 828**	6 071	27 000	**791 899**	**72 699**	**57 935 835**
HAUTS-DE-France	**3 206 933**	25 655	1 276 199	0	**4 508 788**	**661 334**	5 291	0	**666 625**	**0**	**62 982 557**
NORMANDIE	**1 191 335**	9 531	277 435	370 588	**1 848 888**	**0**	0	0	**0**	**0**	**26 399 560**
PACA	**1 795 617**	14 365	998 765	0	**2 808 746**	**747 875**	5 983	0	**753 858**	**0**	**54 211 802**
PAYS DE LA LOIRE	**1 191 335**	9 531	277 435	370 588	**1 848 888**	**0**	0	0	**0**	**0**	**23 767 018**
GUADELOUPE	**329 074**	2 633	998 765	0	**1 330 471**	**0**	0	0	**0**	**0**	**7 045 426**
MARTINIQUE	**329 074**	2 633	998 765	0	**1 330 471**	**0**	0	0	**0**	**0**	**7 498 275**
GUYANE	**274 229**	2 194	832 304	0	**1 108 727**	**0**	0	0	**0**	**0**	**11 620 615**
REUNION - MAYOTTE	**274 229**	2 194	832 304	0	**1 108 727**	**0**	0	0	**0**	**0**	**9 286 524**
TOTAL	**26 387 930**	211 103	11 097 384	1 482 351	**39 178 768**	**2 823 743**	22 590	983 500	**3 829 833**	**419 031**	**619 216 316**

ANNEXE 2

ACTIVITÉS DE DÉPISTAGE PAR TROD

Rapport annuel de l'activité réalisée

N° Département : _ _ _ _ Région : _ _ _ __ _ _ __ _ _ _ Année (= N-1) : 20_ _ __

Nom et adresse de la structure : **Téléphone :** **Nom du responsable :**	**Personne ayant rempli le questionnaire** **Nom :** **Fonction** **Téléphone :** **Email :**

Consignes :

- Le rapport demandé lors de l'année en cours N, concerne les données de l'année précédente (soit N-1).
- Ne laisser aucune plage vide.
- Indiquer « 0 » si la donnée est nulle.
- Indiquer « ND » si la donnée existe mais n'est pas disponible ou si la donnée n'existe pas.
- Pour le calcul des équivalent temps plein (ETP) des personnels : ne sont pris en compte que les personnels (salariés ou bénévoles) réalisant des dépistages par TROD, en comptabilisant l'ensemble des activités liés au dépistage (accueil, counselling pré et post-test, acte de dépistage, accompagnement, ….).
- Un ETP correspond à 10 demi-journées de travail par semaine, 0,1 ETP à une demi-journée de travail par semaine ; une demi-journée équivaut à au moins 3 heures et demi de travail. Pour les temps de travail inférieurs à une demi-journée (ou moins de 3 heures et demi) les ETP sont calculés sur la base suivante : 0,025 ETP équivaut à environ 1h de travail par semaine.
- S'assurer que, pour chacune des maladies dépistées, le total (A) (nombre total de TROD réalisés) est bien égal à la somme du total (B) (TROD réalisés dans les structures) et du total (C) (TROD réalisés dans les lieux de vie) : pour le VIH A1= B1 + C1 ; pour le VHC A2=B2+C2.
- Pour l'item « *Nombre de personnes ayant déjà réalisé au cours de leur vie un dépistage par TROD* », il faut considérer un antécédent de dépistage par TROD quelque soit le lieu ou l'année de réalisation de ce dernier (établissements ou services de santé, association, lieu mobile, ….) avant celui réalisé le jour de la venue de la personne dans l'établissement et comptabilisé dans ce rapport d'activités.
- L'item « *Nombre de TROD positifs confirmés par des tests classiques* » correspond aux TROD confirmés par un examen de biologie médicale réalisé par un laboratoire.

PERSONNEL	
Personnel dédié à l'ensemble de l'activité de dépistage en ETP	Nbre ETP
➢ dont professionnels de santé……	[_____] [_____]
➢ dont non professionnels de santé……	[_____] [_____]

ACTIVITE DE DEPISTAGE		
	VIH	**VHC**
Nombre total de TROD réalisés (**A1 pour le VIH et A2 pour le VHC**)	**A1=**[_____]	[_____]**=A2**
➢ dont nombre de TROD réalisés chez des Hommes……	[_____]	[_____]
➢ dont nombre de TROD réalisés chez des Femmes……	[_____]	[_____]

ANTECEDENTS DE RECOURS AU DEPISTAGE CHEZ LES PERSONNES TESTEES		
	VIH	**VHC**
• Nombre de personnes n'ayant jamais réalisé de dépistage du VIH ou du VHC au cours de leur vie	[_____]	[_____]
• Nombre de personnes dont le dernier dépistage date de plus d'1 an	[_____]	[_____]
• Nombre de personnes ayant réalisé un test de dépistage dans les 12 derniers mois	[_____]	[_____]
• Nombre de personnes ayant déjà réalisé au cours de leur vie un dépistage par TROD	[_____]	[_____]

REPARTITION ET LIEUX DE REALISATION DES TROD

	Nombre de TROD réalisés dans le local de la structure	➢ dont nombre de TROD positifs	Nombre de TROD réalisés au cours d'actions menées dans les lieux de vie ou locaux de partenaires (hors les murs)	➢ dont nombre de TROD positifs
	VIH VHC	**VIH VHC**	**VIH VHC**	**VIH VHC**
- chez des Hommes :	[_____] [_____]	[_____] [_____]	[_____] [_____]	[_____] [_____]
- chez des Femmes :	[_____] [_____]	[_____] [_____]	[_____] [_____]	[_____] [_____]
Nombre total des TROD réalisés	**B1=**[_____] [_____]**=B2**	[_____] [_____]	**C1=**[_____] [_____]**=C2**	[_____] [_____]

RESULTATS POSITIFS ET ORIENTATION DES PERSONNES

	VIH	**VHC**
Nombre de TROD positifs :	[_____]	[_____]
➢ dont nombre de TROD positifs confirmés par des tests classiques en laboratoire	[_____]	[_____]
➢ dont nombre de faux positifs	[_____]	[_____]
➢ dont nombre de personnes ayant un TROD positif mais qui connaissaient déjà leur séropositivité	[_____]	[_____]
➢ dont nombre de personnes pour lesquelles on ne connait pas le résultat de la confirmation	[_____]	[_____]

	VIH	**VHC**
Nombre de personnes ayant un TROD positif et une prise en charge de l'infection à VIH ou à VHC dans les 3 mois suivant la date du TROD positif	[_____]	[_____]

COMMENTAIRES

ANNEXE 3

PROGRAMMATION PLURIANNUELLE DES LHSS ET DES LAM PAR RÉGION (COLONNES À COMPLÉTER)

Régions	Nombre total de LHSS financés par région au 31/12/2017	MESURES NOUVELLES LHSS 2018 : Nombre de lits en LHSS financés en 2018 sur 6 mois soit 183 jours (sur la base de 114,227 €/jour/lit)	Total Financement LHSS 2018 par région	Nombre de LHSS installés par région au 31/12/2018	Nombre de LHSS non pourvus au 31/12/2018 (nombre de lits financés - nombre de lits installés)	Explication du différentiel (entre le nombre de LHSS financés et le nombre de LHSS installés) et mesures correctives envisagées	Estimation des besoins de LHSS en 2019	Estimation des besoins de LHSS en 2020	Estimation des besoins de LHSS en 2021
GRAND EST	114	5	119						
NOUVELLE AQUITAINE	76	4	80						
AUVERGNE RHONE-ALPES	127	9	136						
BOURGOGNE FRANCHE-COMTE	46	0	46						
BRETAGNE	43	0	43						
CENTRE VAL DE LOIRE	41	0	41						
CORSE	2	0	2						
ILE-DE-France	447	4	451						
OCCITANIE	115	7	122						
HAUTS-DE-France	137	6	143						
NORMANDIE	71	0	71						
PACA	133	0	133						
PAYS DE LA LOIRE	57	0	57						
GUADELOUPE	20	7	27						
MARTINIQUE	14	6	20						
GUYANE	18	6	24						
REUNION - MAYOTTE	35	1	36						
TOTAL	**1496**	**55**	1551						

Régions	**RECAPITULATIF LAM** Nombre total de LAM financés par région au 31/12/2017	**MESURES NOUVELLES LAM 2018 :** Nombre de lits en LAM financés en 2018 sur 6 mois soit 183 jours (sur la base de 202,507€ /jour/lit)	**Total Financement LAM 2017 par région**	**Nombre de LAM installés par région au 31/12/2018**	**Nombre de LAM non pourvus au 31/12/2018 (nombre de lits financés - nombre de lits installés)**	**Explication du différentiel (entre le nombre de LAM financés et le nombre de LAM installés) et mesures correctives envisagées**	**Estimation des besoins de LAM en 2019**	**Estimation des besoins de LAM en 2020**	**Estimation des besoins de LAM en 2021**
GRAND EST	50	0	50						
NOUVELLE AQUITAINE	20	10	30						
AUVERGNE RHONE-ALPES	40	5	45						
BOURGOGNE FRANCHE-COMTE	20	0	20						
BRETAGNE	19	0	19						
CENTRE VAL DE LOIRE	20	0	20						
CORSE	0	0	0						
ILE-DE-France	98	3	101						
OCCITANIE	38	2	40						
HAUTS-DE-France	61	0	61						
NORMANDIE	20	10	30						
PACA	38	0	38						
PAYS DE LA LOIRE	20	10	30						
GUADELOUPE	18	0	18						
MARTINIQUE	18	0	18						
GUYANE	15	0	15						
REUNION - MAYOTTE	15	0	15						
TOTAL	**510**	**40**	550						

ANNEXE 4

MÉTHODOLOGIE DE VENTILATION POUR LES MESURES NOUVELLES 2018 DES LHSS ET DES LAM

La DGCS a travaillé sur plusieurs critères de priorisation afin de proposer une ventilation du nombre de places (55 LHSS et 40 LAM en 2018) afin de répondre au plus juste aux besoins territoriaux et à une répartition équilibrée sur l'ensemble du territoire national.

Les critères de priorisation pour la ventilation 2018 sont les suivants :

- la création effective des places financées dans les ONDAM 2015, 2016 et 2017 ;
- les besoins exprimés lors de l'enquête tarifaire ;
- la population et le taux de pauvreté des régions ;
- la faisabilité des projets de création de place en fonction des conditions techniques prévues par le décret du 11 janvier 2016 ;
- le déploiement des LAM dans toutes les régions.

Seuils	Structures	Sources	Extraits de textes
Nombre de lits par structure	LHSS	Code de l'action sociale et des familles (CASF) Art. D.312-176-2. I	« **Le nombre de lits d'une structure "lits halte soins santé" ne peut excéder 30 lits**. Toutefois, sur décision de l'agence régionale de santé, le nombre de lits peut être porté à un maximum de 50. »
	LAM	Code de l'action sociale et des familles (CASF) Art. D.312-176-4. I	**« Une structure "lits d'accueil médicalisés" dispose d'au moins 15 lits et au maximum de 25 lits. Si elle dispose de moins de 18 lits, la structure est obligatoirement sur un même site qu'une structure "lits halte soins santé". »**
Procédures : extensions non importantes d'établissements ou appel à projets	LHSS ET LAM	Code de l'action sociale et des familles (CASF) Art. D.313-2 *(Décret n° 2016-801 du 15 juin 2016)*	« Le seuil mentionné au I de l'article L. 313-1-1, à partir duquel les projets d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux doivent être soumis à la commission d'information et de sélection, **correspond à une augmentation d'au moins 30 % de la capacité de l'établissement ou du service, quel que soit le mode de définition de la capacité de l'établissement** ou du service prévu par les dispositions du code pour la catégorie dont il relève.»

ANNEXE 5

Dispositif ACT
« Un Chez-soi d'abord »

Cahier des charges national

Juin 2017

Table des matières

1. Préambule 4
2. Objectif du cahier des charges 5
3. Définition 6
4. Objectifs 6
5. Vocabulaire et approches 7
6. Principes d'action 8
7. Personnes accueillies 9
8. Modalités d'organisation et de fonctionnement du dispositif 9
8.1. Territoire d'intervention retenu 9
8.2. Pilotage et gestion 10
8.2.1. Accompagnement national et territorial 10
8.2.2. Gestion du dispositif 11
8.2.3. Gouvernance par le gestionnaire 12
8.3. Modalités d'orientation des publics 12
8.3.1. Structures 12
8.3.2. Circuit d'orientation 13
8.4. Admission dans le dispositif 14
8.5. Durée d'accompagnement et modalités de sortie du dispositif 14
8.5.1. Volet logement 14
8.5.2. Volet accompagnement 14
8.6. Projet d'établissement 15
8.7. Mise en œuvre des droits des personnes accueillies 16
8.8. Partenariats 16
8.9. Ressources humaines 17
8.9.1. Montée en charge du dispositif 18
8.9.2. Volet administration 18
8.10. Formation 18
8.11. Budget 19
8.12. Suivi et évaluation 20
8.13. Modalités de sélection des projets à partir de 2018 21
9. Missions et activités du dispositif 22
9.1. Organisation 22
9.2. Modalités générales d'accompagnement 22
9.3. Accueil individualisé 23

9.4. Pôle d'activité logement 23
9.5. Pôle d'activité accompagnement médical et médico-social 24
9.5.1. Accompagnement à l'habitat et à la vie quotidienne 24
9.5.2. Accompagnement à la santé 25
9.5.3. Accompagnement à la vie relationnelle 26
9.5.4. Accompagnement à l'emploi, la formation, ... 26
9.5.5. Accompagnement aux activités culturelles, citoyennes et de loisir 26
9.5.6. Accompagnement à la sortie du dispositif 27

Ce cahier des charges a été réalisé par la DIHAL en collaboration avec les administrations centrales concernées, DGCS, DGS, DGOS, DHUP, DSS, la CNAMTS, l'Anesm et l'ensemble des parties prenantes et des membres du comité de pilotage engagés dans la phase expérimentale qui s'est déroulée entre 2011 et 2016.
Il s'appuie de plus sur les résultats de la recherche conduite par le Pr Pascal AUQUIER, Université Aix-Marseille Unité EA 3279

Il a été validé par le comité de suivi du dispositif « Un chez-soi d'abord » du 20 juin 2017

1. Préambule

Le rapport de 2009 « *La santé des personnes sans chez-soi* » établit un état des lieux des principaux problèmes sanitaires rencontrés par les personnes durablement sans-abri et met en avant que le fait d'être « sans chez-soi » constitue un facteur de mortalité et de morbidité accru dans le champ des pathologies mentales et somatiques.

Les réponses mises en œuvre jusque-là dans le cadre des politiques publiques d'assistance et d'inclusion sociale ne permettent pas de répondre totalement à ce défi. D'une part, les dispositifs médico-sociaux (destinés aux personnes en situation d'exclusion et présentant un trouble psychique) définis dans le cadre de la *Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*, nécessitent au préalable une orientation par la *Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées* (CDAPH) et un engagement dans une démarche de soins ; les publics durablement à la rue en sont le plus souvent exclus. D'autre part, les prises en charge classiquement proposées dans le cadre de l'urgence sociale (prises en charge dites « en escalier ») demandent comme préalable à tout accès au logement autonome que les personnes puissent faire la preuve qu'elles sont en "capacité d'être logées", le logement autonome étant le plus souvent conditionné au fait d'accepter un traitement médical et d'être abstinent aux substances psychoactives. Comme le constatait la Cour des comptes en 2007 dans un rapport sur les personnes sans-abri, ce sont « *les personnes qui cumulent les situations de vulnérabilité (*qui*) sont les plus à même de rentrer dans le cycle récurrent de l'urgence sociale et tourner en boucle de structures sociales en structures sanitaires jusqu'à ce que mort s'en suive* »[1]. Il y a donc une conjonction de deux effets négatifs : un faible rétablissement des personnes et une forte consommation de services peu efficace compte tenu notamment de leur discontinuité.

Face à ce constat, l'Etat a engagé une expérimentation intitulée « Un Chez-soi d'abord » d'avril 2011 à décembre 2016 qui vise à changer radicalement la modalité d'accompagnement. En effet, il propose un accès direct dans un logement ordinaire depuis la rue moyennant un accompagnement soutenu et pluridisciplinaire au domicile, pour des personnes souffrant de pathologies mentales sévères et échappant aux dispositifs classiques. Une recherche évaluative randomisée indépendante a été menée. Elle a montré que le programme « Un Chez-soi d'abord » a une réelle efficacité à un moindre coût sur un suivi à deux ans se traduisant par un accès rapide et un maintien dans le logement pour 85% des personnes suivies, une amélioration globale de la qualité de vie (plus marquée pour les personnes souffrant de schizophrénie), une réduction significative des recours au système de soins (diminution de 50% des durées d'hospitalisation pour les personnes suivies en comparaison avec le groupe dit « témoin ») et aux structures dédiées aux personnes sans-abri (structures de l'urgence sociale). La totalité du coût du programme « Un Chez-soi d'abord » est compensée par les économies potentiellement réalisées par le système de soins et, dans une moindre mesure, par le système (médico-)social. Cette intervention présente donc un retour sur investissement maitrisé.

[1]http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000208.pdf

Un comité d'évaluation réuni le mardi 5 juillet 2016 a considéré que le programme « Un Chez-soi d'abord » répond à un besoin réel conforme aux orientations générales des politiques publiques en faveur des publics ciblés et, qu'au vu des résultats de la recherche évaluative, il apporte une plus-value en comparaison avec l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale existante. Il a donc préconisé « *la pérennisation des sites expérimentaux et le déploiement maîtrisé du programme sur le territoire, en s'appuyant sur une évaluation pertinente des besoins sur les sites ciblés tout en maintenant lors du déploiement un accompagnement évaluatif rigoureux* ». Les délibérations et préconisations ci-dessus ont recueilli l'approbation unanime de tous les membres du comité.

Le programme « Un Chez-soi d'abord » a par ailleurs été inscrit dans la "Stratégie nationale de prise en charge des personnes sans-abris ou mal logées 2009/2012 » qui repose sur la conviction que le logement est une condition préalable et nécessaire à l'insertion. C'est un axe du « Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale 2013-2017 ».

Le programme « Un Chez-soi d'abord » s'inscrit :

- dans le projet territorial de santé mentale tel que mentionné à *l'Art. L. 3221-2.* – I de la Loi de modernisation du système de santé. Celui-ci visant notamment, comme prévu à l'alinéa 14 de *l'article. L. 3221-2.* du code de santé publique, à la mise en place d'« *un programme relatif au maintien dans le logement et d'accès au logement et à l'hébergement accompagné (…) pour les personnes en souffrance psychique qui en ont besoin* »,
- dans les programmes régionaux de santé (PRS),
- dans le programme départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD),
- dans un contexte budgétaire qui tend à la meilleure performance de la dépense publique.

2. Objectif du cahier des charges

Le présent cahier des charges national définit les conditions d'organisation et de fonctionnement applicables aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord » relevant du 9° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) ; ceux-ci sont en outre soumis à l'ensemble des dispositions générales du CASF relatives aux services sociaux et médico-sociaux dont celles relatives aux obligations d'évaluation définies à l'article L. 312-8 : « Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 procèdent à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées (…) par l'Anesm. Les résultats des évaluations sont communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Les établissements et services rendent compte de la démarche d'évaluation interne engagée. »

Un guide[2] d'implantation et de mise en œuvre s'appuyant sur les enseignements de la phase expérimentale accompagne le présent cahier des charges.

3. Définition

Le décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 crée un nouveau type d'appartement de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord » comportant un logement accompagné - qui entre dans la catégorie des services médico-sociaux au sens du 9° de l'article L. 312-1 du CASF - qui « assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical ».

Ce dispositif « a pour objet exclusif de permettre à des personnes majeures, durablement sans-abri et atteintes d'une ou de pathologies mentales sévères :

- D'accéder sans délai, suite à leur intégration dans le dispositif, à un logement en location ou en sous-location et de s'y maintenir,
- De développer leur accès aux droits et à des soins efficients, leur autonomie et leur intégration sociale[3]. »

Les personnes accueillies bénéficient d'un accompagnement médico-social adapté à domicile ou sur tout autre lieu dans la cité, qui est réévalué au moins une fois par an.

4. Objectifs

Le dispositif d'appartements de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord » vise au rétablissement des personnes accueillies.

Son objectif est double, d'une part le rétablissement à l'égard de la maladie mentale en donnant la primauté aux choix de la personne et en mettant l'accent sur l'expérience subjective à l'égard de la maladie. Ce processus repose sur l'appropriation du pouvoir d'agir, l'espoir ou la quête d'une vie meilleure. D'autre part, la promotion de la santé mentale positive s'appuyant sur le renforcement des compétences personnelles, l'estime de soi, le développement de rôles et d'activités enrichissantes favorisant son inclusion sociale. Le soutien visera à la fois la personne elle-même et la mise en place de conditions favorables à son rétablissement dans son environnement de vie.

Le dispositif s'articule notamment avec l'ensemble des dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux inscrits sur le territoire et vise à garantir un accompagnement dans le cadre d'un parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture en s'appuyant autant que de besoin sur l'ensemble des acteurs susceptibles d'intervenir en amont ou en aval du dispositif.

---

[2] Le guide compète le cahier des charges en proposant des illustrations détaillées des modalités d'organisation et des pratiques professionnelles issues de l'expérience des quatre sites expérimentaux.

[3] Décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 crée un dispositif « Un Chez-soi d'abord » comportant un logement accompagné

5. Vocabulaire et approches

Le dispositif d'appartements de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord » s'appuie sur les approches suivantes :

- Le « *Housing First »*[4] qui défend l'efficacité de l'accès à un logement indépendant sans condition, assorti d'un « pack de services » médicaux et sociaux disponibles et intensifs, s'appuyant sur le respect du choix de la personne[5] et postule que celle-ci a les compétences pour accéder directement depuis la rue à un logement ordinaire. Il se distingue du modèle dit « *modèle en escalier* » qui prône un accès progressif et par étapes à un logement ordinaire. Ce modèle s'adresse à des personnes vivant avec une ou des pathologies mentales sévères. Il se distingue par un second postulat qui spécifie que les personnes n'ont pas besoin d'avoir accepté un traitement psychiatrique ou d'être abstinentes ou sur la voie de l'abstinence concernant le mésusage de substances psycho actives, pour accéder à un chez-soi.

- Le « *rétablissement »*[6] est un concept qui part de l'expérience des personnes. Il peut être défini comme « *un processus profondément personnel et unique de changement de ses attitudes, valeurs, sentiments, objectifs, compétences, etc… et [qui] remet en question l'hypothèse pessimiste selon laquelle la maladie mentale serait une maladie chronique voir incurable avec au mieux une stabilisation des symptômes »*[7]. Sa promotion fut d'abord le fait des personnes atteintes de maladie mentale et de leurs familles à travers des associations et se définissant souvent comme des « *survivants de la psychiatrie* ». Les revendications portaient déjà bien plus sur une dimension sociale, citoyenne et politique du rétablissement que biologique. Au même moment, une étude clinique longitudinale internationale menée par l'OMS sur la schizophrénie met en évidence qu'environ 30% des personnes avec un diagnostic de schizophrénie se rétablissent complètement, et 30% se rétablissent en partie[8]. Elle a amené, dans certains pays, à une véritable transformation de l'offre de soins, avec un nombre croissant de politiques nationales de santé mentale centrées de manière explicite sur le « rétablissement » (États-Unis, Canada, Royaume-Uni, Australie, Nouvelle- Zélande).

  Offrir des « *soins orientés rétablissement* » nécessite de donner à l'individu la liberté de choisir parmi la gamme de services offerts ceux qui sont le plus susceptibles d'aider à son rétablissement, de prioriser des interventions dans le milieu de vie des personnes, d'offrir une gamme de services globale et intégrée pouvant s'adapter aux changements que la personne vivra durant son expérience de rétablissement. Les « *soins*

[4]Inventé par Sam Tsemberis aux Etats-Unis dans les années 1990 et modélisé sous le nom de « pathways to housing first »
[5]In TSEMBERIS, Sam, Leyla Gulcur, et Maria Nakae. 2004. « Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis ». *American Journal of Public Health* 94 (4): 651-56.
[6]Pour plus d'information se référer à : Greacen T, Jouet E. Rétablissement et inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique : le projet EMILIA. *L'Information psychiatrique* 2013 ; 89 : 359-64.
[7]William Anthony (1993) psycom "santé mentale de A à Z"
[8]Davidson L, Rakfedt J, Strauss J. The roots of the recovery movment in psychiatry. Wiley-Blackwell, editor.; 2010.

orientés rétablissement » s'appuient enfin sur une pluralité d'outil d'accompagnement (WRAP[9], remédiation cognitive, réhabilitation psychosociale, …).

- La « *réduction des risques* et des dommages»[10] (RDR) s'adresse avant tout aux consommateurs de substances psychoactives licites ou illicites et à leurs proches. Développée au cours des années 1980, dans le contexte de l'épidémie de VIH chez les usagers injecteurs d'héroïne, la RDR a progressivement intégré d'autres registres d'action concernant d'autres produits, comme les initiatives développées autour des risques liés à l'alcool. La réduction des risques se réclame d'une démarche de santé publique pragmatique en ce qu'elle entend limiter les risques liés à la consommation, sans avoir comme premier objectif le sevrage et l'abstinence. Elle vise à encourager l'usager à adopter autant que possible des comportements moins nocifs pour sa santé. Elle prend en compte les contextes dans lesquels les substances sont consommées (isolément ou en groupe, en milieu festif ou dans la rue...) et les profils des consommateurs. La connaissance des motivations et des conditions dans lesquelles les personnes sont amenées à consommer est en effet nécessaire pour définir les stratégies efficaces de réduction des risques.

6. Principes d'action

Huit principes clés structurent le dispositif d'appartements de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord ». Ils sont issus du modèle anglo-saxon et ont fait l'objet d'une validation lors de l'expérimentation française conduite de 2011 à 2016 ainsi que d'un consensus européen[11] [12] :

- (1) Le **logement est un droit fondamental**[13],
- (2) Le dispositif propose à la personne un **accès rapide à un logement ordinaire de son choix diffus dans la cité** - **sans conditions préalables de traitement ou d'abstinence aux substances psychoactives**,
- (3) La personne a le **choix de l'agenda et de la temporalité des services** d'accompagnement (notion d'*autodétermination*), dans la limite du respect de l'engagement minimum d'une visite hebdomadaire par l'équipe d'accompagnement,
- (4) Le programme s'engage vis-à-vis de la personne à **l'accompagner autant que de besoin** dans le cadre d'un accès aux droits et à des soins efficients et à la citoyenneté via une **insertion dans le milieu ordinaire,**

[9] Wellness *Recovery* Action Plan – Ellen Copeland
[10] Mildecca http://www.drogues.gouv.fr/comprendre/ce-qu-il-faut-savoir-sur/la-reduction-des-risques
[11] Housing first guide europe. Voir : https://housingfirstguide.eu/
[12] Peer-review les 16 et 17 mars 2016. Voir http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=fr&catId=89&newsId=2338&furtherNews=yes
[13] Consacré en France par l'existence d'un droit au logement opposable (Loi DALO)

- (5) **La séparation des services de logement et de traitement**[14] ; l'accompagnement se poursuit quel que soit le parcours résidentiel de la personne ET le logement n'est pas conditionné à l'observance d'un suivi thérapeutique,
- (6) Les services de soutien individualisé sont **« *orientés rétablissement* »**,
- (7) Le dispositif développe une **approche de réduction des risques et des dommages**,
- (8) L'accompagnement s'effectue dans le cadre d'un **engagement intensif** et d'une inconditionnalité de l'accompagnement.

7. Personnes accueillies

Le dispositif s'adresse exclusivement aux personnes sans-abri, majeures sans limite d'âge, susceptibles de bénéficier de la prise en charge de leurs frais de santé en vertu de l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale.

Pour accéder à un logement locatif social, elles doivent satisfaire aux conditions prévues au 1° de l'article R. 441-1 du code de la construction et de l'habitation.

Elles doivent être en situation régulière sur le territoire au moment de leur intégration dans le dispositif.

Les personnes devront impérativement répondre aux critères cumulatifs suivant :

- (1) Etre sans-abri ou sans-logement[15] au moment de l'intégration dans le dispositif,
- (2) Présenter une pathologie mentale sévère[16],
- (3) Présenter des besoins élevés[17],
- (4) Etre en demande d'intégrer le dispositif et d'être logées.

8. Modalités d'organisation et de fonctionnement du dispositif

8.1. Territoire d'intervention retenu

Le dispositif d'appartements de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord » s'inscrit dans le projet territorial de santé mentale (PTSM) tel que mentionné à l'Art. L. 3221-2.- I de la loi de modernisation du système de santé. Ce projet territorial est défini sur la base d'un diagnostic territorial partagé en santé mentale. De plus il s'inscrit dans les PRS dont le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) et dans le programme départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD).

[14] Le traitement est compris comme l'observance d'un suivi thérapeutique en lien avec la pathologie
[15] Il est fait référence à la grille ETHOS 1 – 2 – 3 – 4 ; les situations relevant de logement inadéquat ou logement précaire seront examinées au cas par cas par la commission d'admission cité au chapitre 9-e
[16] Pathologie relevant du groupe diagnostic **« troubles psychotiques »**
[17] Référence grille MCAS : Multnomah Community Ability Scale

La capacité d'accompagnement du dispositif est comprise entre 90 et 105 personnes - et non sécable en sous-unités - sur la zone d'intervention retenue.

Le territoire d'intervention est défini par l'ARS en s'appuyant sur les diagnostics partagés établis dans le cadre des PTSM[18]. L'organisme gestionnaire veillera quant à lui à ce que les appartements soient situés dans les lieux qui permettent la mise en œuvre d'un suivi intensif pour l'ensemble des personnes accueillies tout en garantissant un choix de logement suffisant pour chacune d'entre elles.

8.2. Pilotage et gestion

L'expérimentation a permis de retenir les points suivants comme essentiels au maintien de l'efficacité du dispositif :

- (1) La pluridisciplinarité (sanitaire, social, médico-social et logement) à tous les niveaux de gouvernance : national, territorial, organisme gestionnaire et professionnels du dispositif,
- (2) Une inscription dans une dynamique partenariale à l'échelle du territoire concerné,
- (3) La participation des personnes accueillies selon des modalités définies par la Loi du 2 janvier 2002 de rénovation et de modernisation de l'action sociale **et l'**article L. 115-2-1 du CASF.

8.2.1. Accompagnement national et territorial

Jusqu'au 31 décembre 2022, un conseiller technique national sera chargé :

- D'assurer la diffusion des enseignements de l'expérimentation sur les nouveaux sites,
- D'accompagner l'ensemble des organismes gestionnaires en particulier sur les questions de l'évaluation interne et des pratiques professionnelles,
- De rendre compte du bilan de l'ensemble des dispositifs (issu des données anonymisées relatives aux personnes accueillies et à leur accompagnement, adressées annuellement par les organismes gestionnaires), dans le cadre d'un comité de suivi national annuel rassemblant l'ensemble des acteurs concernés[19].

Sur le plan local et sur la même durée que l'accompagnement national, un comité de suivi local animé par l'ARS, en lien avec le conseiller technique national, sera chargé de diffuser les résultats des évaluations annuelles et les pratiques pertinentes et de faciliter les collaborations sur le territoire. Les représentants de l'Etat et notamment les DDCS(PP) les D(R)DJSCS et la DRIHL, les collectivités locales, les représentants des personnes accueillies dans le dispositif, des bailleurs sociaux et représentants de bailleurs privés, le CRPA, des représentants des usagers en santé mentale, des associations du secteur accueil, hébergement, insertion (AHI) dont le SIAO, des représentants de têtes

[18] Décret à paraitre en septembre 2017

[19] Le comité sera composé de représentants des structures suivantes œuvrant dans le champ concerné : Administrations centrales, CNAMTS, gestionnaire du dispositif des différents sites, fédérations nationales, personnes qualifiées, IRESP et équipes de recherche, Anesm, CNSA, (liste non exhaustive)

de réseau associatives du champ concerné, des acteurs sanitaires et médico-sociaux, et différents partenaires du territoire (liste non exhaustive) en particulier les Conseils locaux de santé mentale (CLSM) ou les coordinations d'acteurs œuvrant dans ce champ partout où elles existent, seront membres de cette instance. Les organismes d'assurance maladie seront tenus informés des travaux du comité de suivi local.

Le bilan annuel visera sur chacun des territoires et au niveau national à alimenter les diagnostics partagés dans le champ de la santé mentale, de l'addictologie, de l'hébergement et du logement. Il contribuera à enrichir les réflexions menées par les pouvoirs publics et les acteurs des champs concernés sur leurs pratiques respectives.

8.2.2. Gestion du dispositif

L'organisme gestionnaire d'un dispositif d'appartements de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord », régi par l'article D. 312-154-2, est un groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS). Il ne peut avoir d'autre objet pendant les trois années suivant sa création, et doit comporter au moins un organisme relevant de chacune des catégories mentionnées aux a) à c) ci-après :

« a) un établissement de santé assurant des soins psychiatriques, disposant notamment d'une équipe mobile de psychiatrie à destination des personnes en situation de précarité,

« b) une personne morale agréée, d'une part, au titre des activités d'ingénierie sociale, financière et technique mentionnées au b) et au d) du 2° de l'article R. 365-1 du code de la construction et de l'habitat et, d'autre part, au titre des activités de location en vue de la sous-location prévues au a) du 3° du même article, ou une personne morale dispensée de ces agréments,

« c) un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ou un établissement de santé assurant une prise en charge en addictologie.

L'organisme gestionnaire conclut, à moins qu'ils ne figurent parmi ses membres, une convention de coopération avec :

« d) un établissement de santé assurant des soins somatiques et disposant d'une permanence d'accès aux soins de santé,

« e) un organisme dont l'un des objets est la lutte contre les exclusions, l'insertion ou le logement des personnes défavorisées,

« f) un organisme représentant des usagers en santé mentale,

« g) un organisme représentant des personnes dépourvues de logement.

L'organisme gestionnaire sera autorisé pour une capacité allant de 90 à 105 places qui ne sont pas sécables sur le territoire.

Il est recommandé de privilégier dans la constitution du groupement trois organismes différents même si un des organismes gère déjà en son sein plusieurs des compétences mentionnées aux points a) b) et c).

8.2.3. Gouvernance par le gestionnaire

Afin de viser au décloisonnement sur le territoire des différents secteurs de la santé, de l'addictologie, du logement et de l'action sociale, la convention constitutive du GCSMS devra proposer une participation équilibrée de l'ensemble de ses membres.

La gouvernance visera :

- La fluidité dans les circuits de décision afin de permettre une réactivité dans la gestion du service,
- L'horizontalité dans les processus de décision valorisant les démarches collaboratives avec l'ensemble des parties prenantes dont les membres des équipes et les personnes accueillies.

Une mutualisation des compétences et des moyens sera recherchée, afin de favoriser la transmission des pratiques innovantes mises en œuvre au sein du dispositif « Un Chez-soi d'abord » vers les autres services des structures membres du GCSMS.

Le gestionnaire du dispositif devra :

- Proposer un organigramme clair, facilitant pour les personnes accueillies, leur utilisation des services d'accompagnement et si elles le souhaitent, leur investissement dans les instances décisionnelles du groupement,
- Participer sur le territoire à la diffusion des pratiques innovantes en lien avec les personnes accueillies. Il veillera à faire appliquer les textes de référence en matière de rétribution des personnes lorsqu'elles interviendront (formation, colloque, hors de la fonction de représentation, …).

8.3. Modalités d'orientation des publics

Une information sur les modalités d'orientation vers le dispositif (circuit, critères, public) sera apportée par le gestionnaire, aux structures pouvant rencontrer le public concerné.

8.3.1. Structures

Les personnes pourront être orientées par des structures déterminées *à priori* et dites « équipes d'orientation ».

Ces structures sont, comme notifié au l'article D. 312-154-1. du CASF :

- Soit une équipe mobile de psychiatrie à destination des personnes en situation de précarité ou une permanence d'accès aux soins de santé comprenant en son sein un psychiatre, organisée en vertu des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 3221-4 du code de la santé publique,

- Soit un service médico-psychologique régional aménagé dans un établissement pénitentiaire en application de l'article R. 3221-5 du code de la santé publique,

- Soit un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, un centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue ou une structure participant au dispositif de veille sociale[20] prévu à l'article L. 345-2 du CASF, sous réserve, dans tous les cas, de l'avis conforme d'un psychiatre.

8.3.2. Circuit d'orientation

Sur le territoire, les équipes qui répondent aux critères ci-dessus et qui sont volontaires seront désignées comme « équipes d'orientation » par le gestionnaire après information à l'ARS et à la DDCS(PP), D(R)DJSCS ou DRIHL.

Le gestionnaire sera en charge de former au moins un référent[21] au sein de chaque équipe d'orientation pour assurer l'orientation vers le dispositif « Un Chez-soi d'abord » des personnes qui répondent aux critères notifiés à D. 312-154-1. du CASF.

Le dossier de demande d'intégration dans le dispositif « Un chez-soi d'abord » sera envoyé à la structure gestionnaire. Un certificat médical attestant le diagnostic psychiatrique sera adressé à un médecin désigné par la structure gestionnaire[22].

Une commission d'orientation sera constituée. Elle sera composée[23] d'un représentant de chacune des structures adhérentes et conventionnées avec le GCSMS, un représentant de chaque équipe d'orientation et un représentant du SIAO. Elle examinera mensuellement lors de la période de montée en charge puis trimestriellement une fois cette période passée, la validité des dossiers de demande d'intégration.

Le gestionnaire informera la commission du nombre de places disponibles. Pour cela, il s'appuiera sur deux éléments :

- Le nombre de places d'accompagnement effectivement disponibles, pour une capacité allant de 90 à 105 places
- La capacité de captation de logement sur le territoire lui permettant de proposer aux futurs entrants, un logement au plus tard dans les 8 semaines suivant leur intégration dans le dispositif.

L'orientation se fera selon l'ordre chronologique de réception de la demande et en fonction du nombre de places disponibles. Le refus d'une demande sera motivé par la commission à la personne et à l'équipe d'orientation. Si la situation de la personne le justifie, sa demande sera présentée lors de la commission suivante.

---

[20] Dont les structures d'accueil de jour

[21] Des questionnaires permettant de déterminer l'éligibilité pour intégrer le dispositif seront adressés aux équipes d'orientation, ainsi que l'ensemble des documents à remettre aux personnes pour les informer de l'objectif du dispositif et ses modalités d'accueil, d'accompagnement et d'accès au logement.

[22] Ce médecin ne devra pas exercer pas au sein du dispositif pour éviter les effets de sélection à priori

[23] L'équipe pluridisciplinaire ne sera en aucun cas membre de la commission d'orientation

8.4. Admission dans le dispositif

La décision d'accueillir la personne déclarée admissible par la commission est confirmée par le directeur de l'organisme gestionnaire. La personne accueillie et son représentant légal, si celle-ci bénéficie d'une mesure de protection juridique, conclut alors :

- Un contrat de prise en charge comportant les mentions prévues au VI de l'article D. 311 du CASF avec l'organisme gestionnaire. Ce contrat est conclu et prend effet, par dérogation au III du même article, au plus tard à la date d'effet du contrat de location ou de sous-location du logement.
- Un contrat de location ou de sous location de son logement avec l'organisme agréé au titre des activités de location, sous-location et membre du GCSMS, ou directement le cas échéant avec le bailleur.

8.5. Durée d'accompagnement et modalités de sortie du dispositif

8.5.1. Volet logement

Un contrat de location ou sous location est signé. Sa durée dépendra de la nature du bailleur (parc public ou privé). En cas de contrat de sous-location, le gestionnaire locatif visera à proposer un glissement du bail ou un logement en bail direct.

Les situations pouvant amener à la rupture du bail (par exemple le non-paiement réitéré de loyer, la dégradation des logements ou les troubles du voisinage, …) feront l'objet d'une attention particulière par le gestionnaire du dispositif qui devra décrire les solutions adaptées prévues pour chaque situation, en particulier les mesures de prévention des expulsions ou de relogement. Le service de gestion locative sera en charge d'informer le locataire des procédures réglementaires concernant les situations décrites ci-dessus

En cas de nécessité de relogement des personnes accueillies, le gestionnaire locatif se rapprochera du Préfet afin que ces personnes puissent être reconnues comme prioritaires[24] au titre du PDALHPD, et prises en charge, le cas échéant, dans le cadre de la convention intercommunale d'attribution, qui définit pour chaque bailleur social un engagement annuel quantifié d'attribution de logements aux personnes connaissant des difficultés économiques et sociales.

8.5.2. Volet accompagnement

Celui-ci repose sur le contrat de prise en charge qui sera réévalué au moins une fois par an.

La sortie de l'accompagnement est un processus qui se fera en concertation étroite entre la personne accueillie et le gestionnaire. Les critères suivants devront être examinés :

- Le reste à vivre (ratio loyer + charges/ressources) suffisant,

[24] Au titre de l'Art L 441-1 de la Loi du 27 Janvier 2017

- Les possibilités de glissement du bail de sous-location ou l'accès à un logement en bail direct,
- L'effectivité d'un réseau d'accompagnement dans le droit commun pour répondre aux besoins d'accompagnement sanitaire, sociaux, culturels et à la citoyenneté (dont l'insertion professionnelle),
- L'effectivité d'un réseau d'entraide formel ou informel - hors du réseau des professionnels médico-sociaux- (Groupe d'entraide mutuel (GEM), groupe d'auto-support, réseau familial ou amical, …),
- Le souhait pour la personne de sortir du dispositif et/ou l'intégration dans son récit de cette possibilité,
- Une orientation adaptée choisie par/avec la personne si le logement proposé ne lui convient pas ou plus (maison relais, EHPAD, foyer logement…),
- L'absence de tout contact avec le gestionnaire, supérieure à six mois.

En cas de rupture volontaire de l'accompagnement par la personne (de manière explicite ou par la cessation de tout contact) ou de sa prise en charge par un autre établissement ou service sanitaire ou médico-social, elle conserve pendant six mois le droit d'être réintégrée à sa demande, sans délai et sans conclusion d'un nouveau contrat de prise en charge.

Lorsque le nombre de personnes dont le contrat de prise en charge est ainsi suspendu excède 10% de la capacité d'accompagnement, l'organisme gestionnaire en informe sans délai le directeur général de l'Agence régionale de santé.

8.6. Projet d'établissement

Le gestionnaire du dispositif établit un projet d'établissement qui définit ses objectifs, ses modalités d'organisation et de fonctionnement ainsi que les moyens mis en œuvre à l'exercice de ses missions. Il prévoit également les modalités d'établissement d'un programme annuel[25] de formation mis en œuvre à la création du dispositif ainsi que d'un plan de suivi et d'évaluation annuel.

Le gestionnaire du dispositif proposera un système d'information permettant aux équipes de mettre en place les modalités de fonctionnement décrites dans le chapitre 9 du présent cahier des charges (aller vers, travail en binôme, multi-référencement, etc…) et garantissant aux personnes accompagnées le respect du secret des informations les concernant. Tous ces éléments devront être en adéquation avec le modèle qui a fait l'objet de l'expérimentation, tout en y intégrant les spécificités liées aux partenariats et au territoire.

L'expérimentation ayant montré que certaines situations qualifiées de « complexes » peuvent amener à des ruptures d'accompagnement venant soit de l'équipe pluridisciplinaire soit de la personne elle-même (situation de violence par exemple), le projet d'établissement devra proposer des modalités de fonctionnement permettant de les

[25] Complémentaire au plan annuel de formation qui relève des obligations légales de l'employeur

recenser et d'apporter des solutions pour leur prévention et/ou leur résolution, voir acter de ruptures définitives d'accompagnement si la situation l'exige.

8.7. Mise en œuvre des droits des personnes accueillies

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rappelle les droits fondamentaux que doivent garantir les établissements et services sociaux et médico-sociaux, et à ce titre, prévoit la mise en place de documents obligatoires, entre autre :

- Le livret d'accueil (article L. 311 4 du CASF) auquel sont annexés : la charte des droits et libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement (article L. 311-7 du CASF),
- Le document individuel de prise en charge ou de contrat de séjour (article L. 311-4 du CASF),
- Les modalités de participation des personnes accueillies (article L. 311-6 du CASF).

La personne pourra par ailleurs, à tout moment, saisir la personne qualifiée, instituée par l'article L. 311-5 du CASF.

Les modalités de mise en place des outils de la loi 2002-2 seront à préciser par la structure gestionnaire en tenant compte des spécificités du dispositif, tel que le contrat individuel de prise en charge[26] en lieu et place du contrat de séjour.

8.8. Partenariats

Les appartements de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord » fonctionnent en étroite collaboration avec l'ensemble des acteurs de l'offre sanitaire, sociale, médico-sociale et de logement ainsi que les GEM, les collectifs d'usagers et les conseils locaux de santé mentale existant sur le territoire. Le développement du partenariat doit être proactif et le projet d'établissement doit prévoir les modalités d'organisation du partenariat. La liste des partenaires sera mise en annexe de ce projet et pourra être modifiée dans la durée.

Le gestionnaire développera notamment des liens avec :

- Les acteurs de la veille sociale et du secteur AHI (SIAO, structures de l'hébergement, équipes mobiles, etc…),
- Les structures de prise en charge de droit commun (structures de soins somatiques, psychiatrique dont structures de réadaptation psychosociale, en addictologie, services pénitencier d'insertion et de probation (SPIP) et service médical pénitencier régional (SMPR), services de suite et réadaptation (SSR) les services sociaux municipaux et départementaux et les centres communaux d'action sociale (CCAS), les services liés à l'emploi et la formation…),
- Les structures de logement (logement accompagné, bailleurs sociaux, …),
- Les collectifs d'usagers de la santé mentale ou de personnes accompagnées (GEM, groupes d'auto-support, comité régional des personnes accueillis (CRPA), …),
- Les conseils locaux de santé mentale,

[26] Il ne sera pas signé de contrat de séjour car les personnes ne sont pas sur une modalité de « séjour » mais elles sont à leur domicile ; le document individuel de prise en charge sera signé par les deux parties et sera donc dénommé « contrat »

- Les services de protection pour majeurs,
- Les organismes de l'accès aux droits et aux prestations (CPAM, CAF, …),
- Tout autre partenaire institutionnel, ou associatif opportun pour l'accompagnement de la personne.

8.9. Ressources humaines

Les missions des appartements mentionnés à l'article D. 312-154-3 du CASF sont assurées par une équipe pluridisciplinaire comportant, outre son directeur, au moins :

« - un cadre coordinateur d'équipe disposant des qualifications prévues à l'article D.312-176-7 du CASF ou à l'article D. 312-176-8 du CASF,

« - un infirmier,

« - un intervenant compétent en addictologie,

« - un médecin généraliste, qui, sauf si la personne accompagnée en dispose autrement, est réputé désigné par elle comme son médecin traitant pour l'application de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale,

« - un médecin psychiatre qui a pour responsabilité la coordination médicale,

« - un médiateur de santé-pair dont l'expérience de recours aux soins en santé mentale en tant qu'utilisateur est complétée soit par une certification au moins de niveau II enregistrée au répertoire national prévu à l'article L. 335-6 du code de l'éducation, soit par une validation des acquis personnels dans les conditions déterminées par les articles D. 613-38 et suivants du même code en vue de l'accès à une telle certification, sous réserve d'un engagement à obtenir celle-ci dans un délai de cinq ans à compter du recrutement, soit, sous réserve de l'avis favorable du médecin psychiatre de l'équipe, par toute autre formation en santé mentale,

« - une personne en charge de la recherche des logements et de l'intermédiation locative rémunérée par l'organisme mentionné au b) du I de l'article D. 312-154-2 du CASF,

« - un travailleur social,

Les membres de l'équipe pluridisciplinaire peuvent être salariés de l'organisme gestionnaire, d'un de ses membres, ou d'un des organismes avec lesquels il a conclu une convention de coopération, ou encore exercer à titre libéral dans le cadre d'une convention conclue avec lui.

Il est possible d'intégrer dans l'équipe d'autres professions issues du secteur social ou médico-social, notamment des psychologues ou des conseiller (ère) s d'insertion professionnelle.

8.9.1. Montée en charge du dispositif

Elle se fera sur deux ans, avec 50% des personnes accueillies la première année. L'année N[27], le gestionnaire devra proposer un effectif d'au moins 7 équivalents temps plein (ETP)permettant d'assurer l'ensemble des missions tout en respectant la pluridisciplinarité et la couverture h24 et 7 jours sur 7, notamment par une astreinte ou une permanence téléphonique.

Sur le volet logement, le gestionnaire devra proposer sur les deux premières années une organisation permettant la captation rapide sur le territoire des 100 logements, dont 50 logements sur la première année avec au moins un ETP sur la gestion locative adaptée, ainsi qu'une organisation permettant une réactivité dans la maintenance des logements.

L'année N+1, l'effectif complet sera atteint et la structure gestionnaire devra :

- Respecter le modèle de suivi intensif qui prévoit au moins 11 ETP pour le suivi en lien direct avec les personnes accueillies, hors poste de coordination,
- Mettre en place une organisation permettant la captation, le suivi des impayés, de la vacance et des réparations,
- Proposer un organigramme et une répartition des personnels par type et catégorie professionnelle. Concernant les travailleurs sociaux et infirmiers, il sera privilégié des postes à temps plein. Concernant les médiateurs de santé pair ils seront au moins deux au sein de l'équipe.

8.9.2. Volet administration

Le volet administration aura en charge :

- La gestion des ressources humaines,
- Le secrétariat,
- La gestion de la comptabilité et du budget,
- La direction du dispositif.

Les postes administratifs seront répartis de façon paritaire sur les deux dotations budgétaires. Cela représente entre 1,5 et 2 ETP, qui pourront être utilisés à l'embauche directe, ou au paiement d'une mise à disposition ou d'un service externalisé.

8.10. Formation

Le gestionnaire devra proposer un programme de formation annualisé comportant les éléments suivants :

[27] Année de démarrage de l'activité

- Une formation initiale, sous la coordination de la DIHAL, de l'ensemble des membres des équipes et des directions de l'ensemble des membres du groupement aux principes du dispositif décrit au § 5 du présent document et aux problématiques spécifiques du public accueilli et à l'évaluation,
- Un programme de formation continue établi à partir des évaluations régulières des besoins en formation, permettant aux équipes d'assurer un accompagnement de qualité et respectant les recommandations de bonnes pratiques professionnelles,
- Une formation à destination des personnels délivrés dans les 6 mois de leur embauche,
- Des temps de travail d'équipe et de réflexion sur les pratiques (staff-day, temps de supervision, analyse de pratique, échange entre pairs, focus groupe…),
- Des rencontres inter-sites,
- Le dispositif sera aussi un lieu de formation de professionnels ou futurs professionnels et accueillera des stagiaires en travail social, infirmier, interne en médecine et psychiatrie. Il développera des liens avec l'université et les écoles de formation des champs concernés,
- Des modules de formation pourront être communs aux professionnels des équipes et aux personnes accueillies. Ils porteront en particulier sur les thèmes suivants : la iatrogénie des traitements en particulier des psychotropes, la santé des personnes à la rue, les complications des addictions, etc…, le repérage de l'ensemble des structures médicales, sociales et médicosociales existant sur le territoire et sur leurs missions afin de viser à une utilisation rationnelle des services.

8.11. Budget

Le financement du dispositif relève de l'ONDAM médico-social pour les personnes confrontées à des difficultés spécifiques (ONDAM PDS) et de crédits provenant du programme 177 « prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables » (BOP 177) mobilisés dans le cadre de l'intermédiation locative (IML).

L'enveloppe ONDAM PDS couvre :

- Le budget des personnels affectés à l'accompagnement médical et médico-social
- Les frais engagés pour l'accompagnement,
- Exceptionnellement, les dépenses des locataires concernant les besoins de base ou les frais de petits soins[28] (hors hospitalisation ou consultation) le temps de l'ouverture des droits et de l'accès à des ressources.

L'enveloppe relevant du programme 177 «prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables» couvre :

- Le budget des personnels affectés au volet logement et à l'accompagnement à l'habitat,
- L'ensemble des frais pris en charge dans le cadre de l'IML :
    - Des réparations et la remise en état des appartements lors de déménagements et réaménagements
    - De la vacance de logement, nécessaire au respect du décret et du cahier des charges

[28] Cela peut recouvrir les spécialités pharmaceutiques non remboursées par l'assurance maladie.

  - Des impayés de loyer
  - Du forfait pour l'aménagement d'un logement.
  - Et exceptionnellement dans le cadre de la sous-location, du paiement des fluides
- Les compléments de loyer pour les personnes dont le résiduel de loyer dépasse 30% de leurs ressources.

Les frais couverts par les deux dotations selon des clés de de répartition sont :

- La formation,
- Les locaux dédiés au fonctionnement du dispositif,
- Les frais de fonctionnement du groupement,
- Le personnel administratif et de coordination,
- Les véhicules : location et fonctionnement,
- Les frais de déplacement y compris pour les personnes accueillies.

Les recettes dont peut bénéficier le dispositif proviennent :

- De la dotation globale de financement,
- De co-financements éventuels.

L'ensemble des prestations sociales et de santé, effectuées dans le cadre de prestations extérieures feront l'objet de prise en charge de droit commun.

A noter qu'aucun forfait journalier ne sera demandé aux personnes accueillies.

8.12. Suivi et évaluation

Une évaluation nationale de la montée en charge du dispositif sur les cinq années à venir sera mise en œuvre dans le cadre d'un protocole national validé par le comité de suivi national.
Le gestionnaire sera en charge de proposer à l'ARS un plan de suivi et d'évaluation :

- Répondant au protocole d'évaluation national, qui permettra de vérifier l'effectivité du dispositif, de repérer les personnes pour lesquelles le modèle n'est pas adapté, de viser à l'amélioration continue de la qualité des services, de communiquer sur la pertinence et la performance du dispositif.

Le plan annuel de suivi et d'évaluation du dispositif devra durant la phase de montée en charge et plus avant :

- S'appuyer sur les éléments relatifs aux évaluations internes et externes conformément aux dispositions des articles L. 312 -8 et D. 312-98 à 205 du CASF, dès que celles-ci seront disponibles,
- Prendre en compte les éléments renseignés dans le rapport d'activité et le compte administratif envoyé chaque année à l'ARS conformément à l'article R. 314-50 du CASF avant le 30 avril. Il décrira l'activité et le fonctionnement du dispositif pour l'année concernée,

- Prendre en comptes les éléments[29] adressés chaque année à la DDCS ou la DDCSPP ou la DDD de la DRDJCS
- Fournir des informations anonymisées relatives aux personnes accueillies et à leur accompagnement, dont la liste est fixée par un arrêté conjoint du ministre chargé de l'action sociale, du ministre chargé de la santé et du ministre chargé du logement et qui devront être adressés au plus tard le 30 juin de chaque année,
- Présenter des informations relatives à la satisfaction des personnes accueillies,
- S'assurer du respect du cahier des charges et plus globalement de la fidélité au modèle en référence au guide d'implantation et de mise en œuvre.

8.13. Modalités de sélection des projets à partir de 2018

D'ici à 2022, il est prévu le déploiement de 16 nouveaux dispositifs sur le territoire, à raison de 4 dispositifs par an suite au dialogue de gestion entre les ARS et le niveau central et une montée en charge sur deux ans pour chacun des sites.

La sélection des projets se fera selon les étapes suivantes :

- Lancement annuel d'un appel à projet régional par le Directeur général de l'ARS au regard des besoins évalués.
- Le Directeur général de l'ARS présentera le projet qui aura été classé comme premier au regard de l'évaluation des besoins sur le territoire concerné, de la qualité du dossier et de l'avis consultatif de la DDCS(PP), D(R)DJSCS ou DRIHL.
- Un comité de validation national constitué par des représentants des administrations centrales concernées, la CNAMTS, un ou des représentants des ARS concernées, un représentant de l'équipe recherche, et présidé par le Dihal se réunira annuellement dans le mois suivant l'envoi par chaque ARS du dossier retenu et sera en charge d'examiner le dossier au regard des garanties apportées quant au respect du modèle expérimenté et aux procédures d'évaluation mises en œuvre. Ce comité se réserve la possibilité de demander des informations complémentaires et de faire des préconisations qui seront transmises par l'ARS au porteur du dossier. La validation finale sera portée par le Directeur général de l'ARS après avis positif sans réserve du comité de validation.

[29] le dossier CERFA n° 12156*05 de demande de subvention pour l'année N
le dossier CERFA n°15059*01 de compte rendu financier de la subvention perçue l'année N-1
le rapport d'activité de l'action

9. Missions et activités du dispositif

Le dispositif d'appartements de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord » fonctionne sans interruption H24 et 7 jours sur 7, notamment par la mise en place d'une astreinte ou d'une permanence téléphonique à destination des personnes accueillies.

9.1. Organisation

Le gestionnaire du dispositif devra mettre en place deux pôles d'activité :

- Un pôle d'activité logement qui assurera des missions de captation, de gestion locative et d'accompagnement au logement,
- Un pôle d'activité accompagnement médical et médico-social qui assurera des missions d'accompagnement aux droits, aux soins, à l'habitat et à la citoyenneté.

9.2. Modalités générales d'accompagnement

L'accompagnement est assuré par une équipe pluridisciplinaire qui propose un accompagnement intensif avec au moins une visite par semaine au domicile ou dans tout lieu choisi par la personne dans le cadre de services orientés rétablissement et offrant un large panel de prestations.

L'intensivité se traduit par le rythme des rencontres et par un soutien continu et bienveillant. L'accompagnement est ainsi maintenu quel que soit le parcours résidentiel de la personne, y compris lors des hospitalisations ou incarcération, afin de réduire les ruptures et d'inscrire le dispositif dans une logique de parcours de santé et de vie en lien avec l'ensemble des aidants désignés par la personne et s'appuyant autant que de besoin sur les services proposés dans le milieu ordinaire pour favoriser l'inclusion sociale et la citoyenneté.

L'ensemble des axes d'accompagnement concourent au processus de rétablissement. Les professionnels doivent être particulièrement attentifs aux conditions réelles d'existence des personnes. Il s'agit de travailler avec elles sur leurs capacités d'agir sur le monde tel qu'il est.

Le processus de rétablissement est éminemment individuel mais il s'agira d'identifier au cas par cas les éléments de risque qui le freinent et les supports de protection qui le favorisent.

Sera proposé un accompagnement :

- Individualisé réalisé dans le milieu de vie de la personne par des professionnels travaillant préférentiellement en multi-référence et en binôme,
- S'appuyant sur les choix des personnes et permettant le principe de réversibilité selon la méthode de l'essai/erreur,
- Qui propose une réactivité dans les interventions proposées et visant à synchroniser les attentes individuelles des personnes et les possibilités de réponse institutionnelle,

- Par une équipe pluridisciplinaire ayant un management collaboratif horizontal et qui intervient comme catalyseur des forces et potentiels de la personne et veille à la parfaite compréhension des informations apportées aux personnes accueillies,
- Qui garantit le respect du droit à une vie privée et familiale des personnes accueillies.

Les personnes doivent pouvoir participer de manière proactive, si elles le souhaitent, à toutes les instances de décision et de concertation qui les concernent.

Un « *plan individualisé de rétablissement*[30] » sera élaboré avec chaque personne. Ce plan co-construit avec elle définit ses objectifs en termes de soins et d'inclusion sociale[31], ainsi que les moyens mis en œuvre pour les atteindre. Ce plan devra s'appuyer sur l'ensemble des forces et des compétences de la personne, les enseignements de la phase d'expérimentation et sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm concernant « les attentes de la personne et le projet individualisé ».

9.3. Accueil individualisé

Celui-ci visera dès l'entrée de la personne dans le dispositif :

- A l'informer de l'ensemble des prestations et des modalités de fonctionnement de celui-ci. A cet effet, l'ensemble des documents garantissant la mise en œuvre de ses droits à la participation individuelle devront lui être remis (livret d'accueil, charte des droits et libertés, règlement de fonctionnement et document individuel de prise en charge). Il lui sera laissé le choix du lieu et du rythme des premières rencontres et de la possibilité de venir avec une personne de son choix,
- A identifier ses compétences, forces et potentialités et ses souhaits et attentes vis-à-vis du dispositif,
- A faire avec elle une première évaluation de ses droits selon les trois axes que sont l'information, l'exercice du droit et le recours aux droits, tout en respectant sa volonté de faire valoir ou non ce droit,
- A proposer une évaluation de ses besoins concernant l'accompagnement.

9.4. Pôle d'activité logement

Celui-ci, sous la responsabilité du gestionnaire locatif, proposera un accès dans un logement et mettra en œuvre des mesures visant à la prévention des ruptures et au maintien dans le logement en partenariat étroit avec les autres acteurs de l'habitat sur le territoire.

Pour l'entrée de la personne dans le logement, le pôle d'activité logement devra :

- Déterminer avec elle ses choix de logement en diffus dans la cité,

[30] Il s'agit du plan personnalisé qui est ici dénommé plan individualisé de rétablissement
[31] Il portera notamment sur la vie citoyenne, le logement et l'accès à l'emploi ou l'activité et les loisirs,

- Proposer au moins un logement correspondant à ses choix[32]dans les 8 semaines suivant son intégration. Si celui-ci ne convient pas, un autre logement devra être proposé,
- Souscrire un bail de location ou sous location qui sera signé entre la personne et le gestionnaire locatif (dispositif d'intermédiation locative), ou le cas échéant directement avec le bailleur,
- S'assurer de la bonne installation de la personne dans son logement : premier ameublement fourni selon les choix de la personne, accès aux fluides, etc…,
- S'assurer que le résiduel de loyer dû par la personne ne dépasse pas 30% de ses ressources,
- Ouvrir les droits à l'allocation personnalisée au logement.

Dans la suite de l'emménagement le pôle d'activité logement en lien avec l'équipe pluridisciplinaire devra :

- Assurer la gestion locative (et en particulier les modalités de paiement des loyers adaptées à la situation du locataire) et les liens avec le propriétaire,
- Assurer une prévention et gestion des risques locatifs (impayés de loyer, troubles du voisinage, dégradation ou non entretien…),
- Proposer un relogement si nécessaire (changement de situation, problème de voisinage, autre…) selon le respect du choix de la personne,
- Garantir les droits de la personne locataire auprès du propriétaire,
- Accompagner vers le glissement de bail, dans le cas d'un contrat de sous location ou vers un bail direct sur un autre appartement si le glissement de bail ne s'avère pas possible.

Il ne devra pas y avoir dans un immeuble plus de 20% des appartements dédiés aux locataires du dispositif d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord ».

9.5. Pôle d'activité accompagnement médical et médico-social

9.5.1. Accompagnement à l'habitat et à la vie quotidienne

L'équipe pluridisciplinaire travaillera en lien étroit avec le pôle d'activité logement pour co-construire avec la personne son projet logement.

L'accompagnement dans ce cadre porte sur :

- L'aménagement et l'appropriation de son logement,
- L'entretien,

[32] Suivant les territoires et les possibilités de captation, un logement est proposé au choix du futur locataire dans un panel d'au moins trois logements déjà captés par le gestionnaire ou les logements sont recherchés au fur et à mesure en fonction des choix du locataire.

- Le maintien dans le logement,
- La médiation avec l'environnement.

Il consistera en un apport d'information, un accompagnement direct qui sera évalué au cas par cas, et enfin un renforcement des compétences individuelles (respect de la dignité, réappropriation du quotidien et lutte contre la stigmatisation).

Un focus sur les points suivants sera proposé :

- Connaître l'ensemble des ressources disponibles du quartier tant pour les besoins de base que pour la vie culturelle et citoyenne,
- Connaître les rôles et missions des différents acteurs sociaux et sanitaires du droit commun et les savoir les identifier sur le territoire,
- Identifier les associations d'entre-aide et leurs activités,

Les professionnels devront :

- Evaluer la nécessité d'accompagnement de la personne dans les démarches, l'accès aux ressources financières, la gestion budgétaire et le renouvellement des droits,
- Evaluer ses besoins de déplacement pour l'accès aux différents services.

9.5.2. Accompagnement à la santé

Sur le volet de la santé, l'équipe intervient dans un objectif général de promotion de la santé physique et mentale. Pour cela, elle peut mobiliser les différentes dimensions qui vont du « prendre soin » au « soin » lui-même. Elle accompagne la personne à l'accès aux soins et vise à leur continuité tant sur le volet somatique que psychique, à la prévention, au dépistage et à la réduction des risques et des dommages. Une attention particulière sera portée à la question de la souffrance psychique.

L'équipe travaille en pluridisciplinarité et chaque professionnel participe à l'amélioration du bien-être de la personne. Les soins devront participer à l'objectif global du rétablissement, plaçant la personne comme actrice et experte de son propre parcours de santé.

La question du respect de la dignité de la personne, des limites de chaque professionnel face aux situations critiques, des refus de soin et d'absence de demande de soin seront envisagés dans des espaces de réflexion réguliers.

L'accompagnement par les médiateurs de santé pair sera valorisé ainsi que l'échange entre pairs y compris hors du dispositif (GEM par exemple).

Sur les dimensions du bien-être et de la prise en compte de la souffrance psychique, l'équipe sera particulièrement vigilante aux situations de changement (déménagements, emploi, situation familiale ou amicale, …).

Il s'agit in fine de permettre à la personne d'utiliser les structures du droit commun disponibles sur le territoire (CMP, consultations libérales, centre de réhabilitation etc…). L'accompagnement par les professionnels du dispositif

se fera en substitution ou en complémentarité avec le droit commun en tenant compte du choix de la personne, de l'évaluation de ses besoins d'accompagnement et de son état de santé. Ces deux modalités ne sont pas opposables et il existe un gradient entre les deux selon les moments du parcours de la personne. Il sera nécessaire avec l'accord et la participation de la personne de maintenir une coopération entre les différents acteurs participant à son parcours de santé.

L'accompagnement à la santé porte sur :

- Le soin et l'accompagnement aux soins : Les prestations apportées recouvrent le diagnostic, les prescriptions, la délivrance de traitement, les gestes infirmiers, l'accompagnement vers les consultations du droit commun, le suivi et la coordination des soins. Une évaluation médicale sera proposée mais en aucun cas imposée dans les premiers mois où la personne intègre le dispositif. Le médecin généraliste présent au sein de l'équipe pluridisciplinaire peut être, si nécessaire, médecin traitant de la personne.
- L'éducation à la santé, l'information, la prévention et le dépistage : cela concerne l'ensemble des champs avec en particulier un focus sur les traitements psychotropes et leurs effets secondaires, le suivi des pathologies chroniques, la réduction des risques et des dommages, les vaccinations et le dépistage proposé en population générale ou selon les besoins spécifiques.

9.5.3. Accompagnement à la vie relationnelle

L'équipe veillera à repérer les situations d'isolement, à les évaluer et à analyser leurs causes avec la personne. Il sera proposé si nécessaire un soutien pour développer ou maintenir des relations sociales épanouissantes, y compris dans le cadre de temps collectifs internes au dispositif ou sur d'autres lieux du droit commun (maison de quartier, GEM, etc…) afin de soutenir par ces rencontres le vivre ensemble. L'équipe pluridisciplinaire en lien avec la personne repèrera les personnes ressources et les aidants familiaux ou amicaux.

Une attention particulière sera portée au repérage des situations de vulnérabilité ou de violences subies ou agies par la personne et de non-respect de ses droits fondamentaux mais aussi de ses devoirs.

9.5.4. Accompagnement à l'emploi, la formation,

Pour soutenir les projets d'insertion professionnelle, un recueil des besoins en formation et d'accès à l'emploi en milieu ordinaire ou protégé sera systématiquement proposé ainsi qu'un accompagnement si nécessaire, en tenant compte du parcours antérieur de chaque personne, de ses expériences professionnelles et compétences acquises.

9.5.5. Accompagnement aux activités culturelles, citoyennes et de loisir

Il s'agit pour les équipes de susciter le désir et d'encourager la personne à aller vers des activités enrichissantes favorisant l'inclusion sociale.

L'équipe sera force de proposition sur un large choix d'activités disponibles dans la cité. Il s'agit d'ouvrir le champ des possibles et d'accompagner la personne à renouer avec des éléments de plaisir et d'espoir d'une vie satisfaisante selon ses propres critères.

9.5.6. Accompagnement à la sortie du dispositif

Comme indiqué dans le chapitre 8.5 du présent cahier des charges, la sortie du dispositif repose sur l'examen avec la personne d'un certain nombre de critères. Il n'y a pas de durée prévisionnelle à l'accompagnement mais sa pertinence devra être réévaluée au moins une fois par an avec la personne. Lors de la sortie, l'équipe informera les acteurs participant à l'accompagnement sauf si la personne s'y oppose.

ANNEXE 6

PROGRAMMATION PLURIANNUELLE DES DISPOSITIFS ACT « UN CHEZ-SOI D'ABORD » PAR RÉGION (COLONNES À COMPLÉTER)

	2017		2018					2019	
Régions	site installés en 2017		extension de places sites créés en 2017	création de sites en 2018 (financement année N)		total site et places 2018		extension de places sites créés en 2018 (prévisionnel)	Besoins de création de site pour 2019
	site	places	places	site	places	site	places	places	site
GRAND EST									
NOUVELLE AQUITAINE				1	50	1	50	50	
AUVERGNE RHONE-ALPES				2	50 50	2	50 50	50 50	
BOURGOGNE FRANCHE-COMTE				1	50	1	50	50	
BRETAGNE									
CENTRE VAL DE LOIRE									
CORSE									
ILE-DE-France	1	60	40			1	100		
OCCITANIE	1	100				1	100		
HAUTS-DE-France	1	100				1	100		
NORMANDIE									
PACA	1	100				1	100		
PAYS DE LA LOIRE									
GUADELOUPE									
MARTINIQUE									
GUYANE									
REUNION - MAYOTTE									

ANNEXE 7

CALENDRIER ET MODALITÉS DE RETOUR DES RAPPORTS D'ACTIVITÉ RELATIFS AUX STRUCTURES « ADDICTOLOGIE »

1. **Formulaires relatifs à l'activité des CSAPA**

Vous trouverez en annexes n°8 et 9 les formulaires (l'un pour l'ambulatoire, l'autre pour l'hébergement) du rapport concernant les CSAPA pour l'année 2018 (annexe de l'arrêté du 2 avril 2010 fixant les rapports d'activité type des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie).

Le questionnaire relatif au sevrage tabagique a été intégré au rapport d'activité des CSAPA ambulatoires pour faciliter les remontées d'informations par les structures.

Le formulaire pour les CSAPA avec hébergement n'a pas été modifié par rapport à celui diffusé pour l'activité 2017.

2. **Formulaire relatif à l'activité des CAARUD (ASA- CAARUD)**

Vous trouverez également en annexe n°10, le formulaire du rapport concernant les CAARUD (annexe à l'arrêté du 29 janvier 2010 fixant le rapport d'activité type des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue) qui devra être utilisé par les structures pour rendre compte de leur activité.

Ce formulaire n'a pas été modifié par rapport à celui diffusé pour l'activité 2017.

3. **Retour des données : Modalités. – Calendrier**

Conformément aux articles R.314-49 et R.314-50 du CASF, les structures doivent vous transmettre les rapports dûment complétés et accompagnés de leur compte administratif au plus tard le 30 avril qui suit l'année de l'exercice (soit 30 avril 2019 pour le rapport sur l'activité de l'année 2018).

Il vous appartient alors de vérifier que :

– la totalité des items est renseignée notamment la dotation de l'assurance maladie, le nombre d'ETP et leur structuration. Vous veillerez particulièrement à l'exhaustivité des rapports des CSAPA avec hébergement ;
– les questions 14 du rapport CAARUD relatif au dépistage des hépatites B&C et à la vaccination hépatite B sont renseignées ;
– les questions relatives au sevrage tabagique sont renseignées ;
– les données recueillies sont cohérentes.

Compte tenu de l'informatisation complète des rapports qui permet d'éviter la phase de saisie des données et de procéder ainsi plus rapidement à leur analyse, il vous est demandé de retourner ces documents à la DGS / bureau SP3, exclusivement sous format Excel aux adresses suivantes: malisa.rattanatray@sante.gouv.fr et dgs-sp3@sante.gouv.fr, pour le 31 mai 2019.

Il est rappelé la nécessité de respecter ce délai pour que les rapports puissent être analysés dans un délai raisonnable et que leur synthèse ne prenne pas de retard.

Ces remontées sont importantes pour pourvoir dresser un état des lieux ; des analyses régionales pourront être réalisées en vue de l'élaboration des projets régionaux de santé

Enfin, il est rappelé que les données de ces rapports d'activité pourront également être utilisées pour la répartition des mesures nouvelles ; leur absence est donc susceptible d'affecter l'enveloppe régionale attribuée chaque année.

ANNEXE 8

RAPPORT D'ACTIVITÉ DES CSAPA - STRUCTURES AMBULATOIRES

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
SOUS-DIRECTION DE LA SANTE DES POPULATIONS ET DE LA PREVENTION DES MALADIES CHRONIQUES
BUREAU DES ADDICTIONS ET AUTRES DETERMINANTS COMPORTEMENTAUX DE SANTE

Département (liste à choix)

DISPOSITIF SPECIALISE DE LUTTE CONTRE LES PRATIQUES ADDICTIVES

RAPPORT D'ACTIVITE DES STRUCTURES AMBULATOIRES
ANNEE 2018

I LA STRUCTURE

Le rapport d'activité ci-dessous doit décrire les activités obligatoires du CSAPA (Accueil, information, évaluation, orientation, prise en charge, réduction des risques) ainsi que les missions facultatives (consultations de proximité, activités de prévention, formation et recherche, prise en charge des addictions sans substances, intervention en direction des personnes détenues ou sortants de prison).
Ce rapport concerne l'activité ambulatoire et les patients concernés des structures telles que définies par le décret du 14 mai 2007 (CSAPA). Un rapport devra être complété pour chaque structure autorisée.

Cliquer Ici

1. Coordonnées de la structure

Nom de la structure :

Choisir dans la liste svp (classement par département) ; si votre centre ne figure pas dans la liste, utilisez le champ ci-dessous :

Numéro Finess :

Adresse

Code postal | Commune

Téléphone | Télécopie

Adresse électronique

2. Coordonnées de la structure gestionnaire

Nom :

Numéro Finess :

Adresse

Code postal | Commune

Téléphone | Télécopie

Adresse électronique

3. Type de structure *(liste à choix : cliquez dans les cases puis sur la flèche pour obtenir la liste)*

		Nbre de places (ou nuits pour l'hôtel)[2]	Nombre de personnes hébergées
	Avec appartements thérapeut. Relais [1]		
	Avec Centre thérapeutique résidentiel [1]		
	Avec familles d'accueil [1]		
	Avec hébergement d'urgence et de transition [1]		
	Avec nuits d'hôtel [1]		

[1] Il est demandé aux CSST ambulatoire gérant des hébergements de remplir un rapport « hébergement » pour cette partie de leur activité. Un rapport hébergement devra être rempli pour chaque type d'hébergement dont le nombre de personnes accueillies durant l'année est supérieur à 10 usagers.
[2] Pour les nuits d'hotel, il est demandé d'indiquer la capacité d'accueil ou à défaut le nombre de nuits d'hotel réalisées.

4. Forme juridique du CSAPA *(liste à choix : cliquez dans la case puis sur la flèche pour obtenir la liste)*

5. Statut du personnel *(liste à choix : cliquez dans la case puis sur la flèche pour obtenir la liste)*

Autres statuts *(préciser)*

6. Partenariat

La structure a-t-elle passé convention avec d'autres structures?	
Si oui combien y a-t-il de conventions signées?	
Nombre de conventions signées avec des structures médico-sociales (CSAPA, CAARUD)	
Nombre de conventions signées avec des structures sanitaires (hôpitaux, SSR, CDAG)	
Nombre de conventions signées avec des structures sociales (CHRS)	
Nombre de conventions signées avec les services de la justice	

7. Activités facultatives du CSAPA

La structure intervient elle en milieu carcéral?	
La structure prend elle en charge les addictions sans substances ?	
La structure dispose t'elle d'une ou plusieurs consultation(s) de proximité visant à assurer le repérage des usages nocifs?	
La structure dispose t'elle d'une ou plusieurs consultation(s) jeunes consommateurs?	
La structure participe t'elle à des actions de prévention (en tant qu'intervenant)?	
La structure participe t'elle à des actions de formation (en tant qu'intervenant)?	
La structure participe t'elle à des actions de recherche?	

II. PATIENTS VUS PAR LA STRUCTURE AMBULATOIRE PENDANT L'ANNEE

(y compris ceux vus dans le cadre des consultations pour jeunes consommateurs, des consultations de proximité, des consultations avancées, en milieu carcéral…)

SVP : les cellules blanches des tableaux ne doivent contenir que des chiffres ou être laissées vides ; ne pas mettre par ex. na, nd, nr ou nc

8. Nombre de personnes reçues dans le CSAPA

	Patient[3] [4]	Personnes de l'entourage [3] [5]
Nombre de personnes vues au moins une fois		
dont nombre de patients vus une seule fois		
dont nombre de nouveaux patients [6]		

Si le nombre de patients varie fortement par rapport à l'année précédente, merci de commenter cette évolution en fin de rapport.

[3] Il s'agit de tout contact en face à face dans le cadre d'une consultation. Les personnes peuvent avoir été vues dans les locaux de la structure ou en dehors (visite à l'hôpital, établissement pénitentiaire, etc...)

[4] Est considéré comme patient, toute personne en difficulté avec sa consommation de substances psychoactives (ou addictions sans substances) qui a pu bénéficier d'au moins un acte de prise en charge (médicale, psychologique, sociale ou éducative).

[5] Est considéré comme personne de l'entourage, toute personne venue en consultation sans la présence de la personne en difficulté avec sa consommation de substances psychoactives. Quand un patient vient accompagné d'une ou plusieurs personnes, seul est comptabilisé le patient.

[6] Les nouveaux patients correspondent aux patients qui n'ont jamais été vus par la structure. Ainsi un patient dont le suivi a été interrompu ne doit pas être considéré comme un nouveau patient.

----------Parmi les patients vus au moins une fois au cours de l'année----------

Pour les patients suivis sans interruption, prendre en compte la dernière situation connue [7] ; pour les nouveaux patients ou les patients revus après interruption du suivi [8], prendre en compte la situation lors de la (re)prise de contact [9]

Toutes les données suivantes de la partie II reposent sur des réponses exclusives ; un patient ne peut donc être pris en compte que pour une seule modalité de réponse (à l'exception toutefois de la question 10, une même personne pouvant être recensée comme moins de 20 ans et comme moins de 18 ans).

[7] les centres veilleront à ce que les informations sur les patients soient actualisées au moins une fois par an.

[8] le suivi est considéré comme interrompu en cas d'absence de contact pendant six mois consécutifs, sauf situation particulière (par ex. rendez vous programmé dans plus de six mois)

[9] ces choix, toujours un peu arbitraires, de date de situation à prendre en compte sont liés au souhait de compatibilité avec RECAP et les standards européens (situation au moment du contact pour les nouveaux patients) et de prise en compte de la situation la plus récente pour les patients déjà suivis.

9. Sexe des patients

		%
Nombre d'hommes		0,0
Nombre de femmes		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0
Nombre et % de patients sans réponse	0	0,0

10. Age des patients

Précisez le nombre de patients ayant

		%
moins de 20 ans		0,0
dont moins de 18 ans		*0,0*
entre 20 et 24 ans		0,0
entre 25 et 29 ans		0,0
entre 30 et 39 ans		0,0
entre 40 et 49 ans		0,0
entre 50 et 59 ans		0,0
60 ans et plus		0,0
Total (Hors ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0
Nombre et % de patients sans réponse	0	

11. Origine géographique

Nombre de patients originaires du département		0,0
Nombre de patients originaires de la région (hors départ.)		0,0
Nombre de patients en provenance d'autres rég.		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0
Nombre et % de patients sans réponse	0	0,0

12. Logement

Pour les personnes incarcérées, situation à l'entrée dans l'établissement pénitentiaire

		%
Durable[10]		0,0
Provisoire (ou précaire)		0,0
SDF		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0
Nombre et % de patients sans réponse	0	0,0

[10] Le logement sera considéré comme durable si la personne peut raisonnablement escompter vivre, pendant au moins les 6 prochains mois, soit dans ce logement soit dans un logement équivalent lorsqu'un déménagement ou un changement d'institution est prévu.

13. Origine principale des ressources

Pour les personnes incarcérées, situation à l'entrée dans l'établissement pénitentiaire

		%
Revenus de l'emploi (y comp. Ret., pens. invalid.)		0,0
Assedic		0,0
RMI/RSA		0,0
AAH		0,0
Autres prestations sociales		0,0
Ressources provenant d'un tiers		0,0
Autres ressources (y compris sans revenus)		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0
Nombre et % de patients sans réponse	0	

14. Origine de la demande de consultation

		%
Initiative du patient ou des proches		0,0
Médecin de ville		0,0
Structure spécialisée médico-sociale (CSAPA/ CAARUD)		0,0
Structures hospitalières spécialisées en addictologie (Equipe hospitalière de liaison, consultation hospitalière d'addictologie, autre…)		0,0
Autre hôpital / autre sanitaire		0,0
Institutions et services sociaux		0,0
Justice, orientation présentencielle		0,0
Justice, orientation post-sentencielle		0,0
Justice, classement avec orientation		0,0
Milieu scolaire/étudiant		0,0
Autre		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0

Nombre et % de patients sans réponse	0	

15. Répartition des patients suivant les produits consommés[11] ou les addictions les plus dommageables

	Produit n°1	%
Alcool		0,0
Tabac		0,0
Cannabis		0,0
Opiacés (hors substitution détournée)		0,0
Cocaïne et crack		0,0
Amphétamines, ecstasy, …		0,0
Médicaments psychotropes détournés		0,0
Traitement de substitution détournés		0,0
Addictions sans substances (jeu d'argent et de hasard y compris jeux en ligne)		0,0
Addictions sans substances (cyberaddictions)		0,0
Autres addictions sans substance		0,0
Autres (dont autres produits)		0,0
Total produits et addictions 1	0	0,0
Pas de produits consommés		0,0
Non renseigné		0,0
Total (=100% de la file active)	0	

Nombre et % de patients sans réponses	0	

	Produit n°2	%
Alcool		0,0
Tabac		0,0
Cannabis		0,0
Opiacés (hors substitution détournée)		0,0
Cocaïne et crack		0,0
Amphétamines, ecstasy, …		0,0
Médicaments psychotropes détournés		0,0
Traitemt de substitution détournés		0,0
Addictions sans substances (jeu d'argent et de hasard y compris jeux en ligne)		0,0
Addictions sans substances (cyberaddictions)		0,0
Autres addictions sans substance		0,0
Autres (dont autres produits)		0,0
Total produits et addictions 2	0	0,0
Pas de deuxième produit consommé		0,0
Non renseigné		0,0
Total (=100% de la file active)	0	
Nombre et % de patients sans réponse	0	

[11] Produits consommés au cours des 30 derniers jours précédant l'entretien d'évaluation les plus dommageables pour le patient (selon le point de vue de l'équipe). Voire le guide de remplissage RECAP : http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/recap/prerecap.html

16. Répartition des patients suivant les produits à l'origine de la prise en charge [12]

	Produit à l'origine de la prise en charge	%
Alcool		0,0
Tabac		0,0
Cannabis		0,0
Opiacés (hors substitution détournée)		0,0
Cocaïne et crack		0,0
Amphétamines, ecstasy, …		0,0
Médicaments psychotropes détournés		0,0
Traitemt de substitution détournés		0,0
Addictions sans substances (jeu d'argent et de hasard y compris jeux en ligne)		0,0
Addictions sans substances (cyberaddictions)		0,0
Autres addictions sans substance		0,0
Autres (dont autres produits)		0,0
Total produits à l'origine de la prise en charge	0	0,0
Non renseigné		0,0
Total (=100% de la file active)	0	
Nombre et % de patients sans réponse	0	

[12] Indiquer le produit qui est ou a été le plus en cause dans la demande de prise en charge, même si le patient ne le consomme plus. Un produit ou une addiction sans produits doit être indiqué pour chaque patient.

17. Type d'usage des produits (hors tabac)

Indiquez le nombre de patients qui ont une consommation classée :

(se référer au produit n°1 renseigné à l'item 15 pour l'usage, l'usage à risque/nocif et la dépendance)

		%
en abstinence (durant au moins les 30 derniers jours)		0,0
en usage simple		0,0
en usage à risque ou en usage nocif[13]		0,0
en dépendance[13]		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
ne sait pas[14]		0,0

Nombre et % de patients sans réponse	0	

[13] en référence à la classification internationale des maladies 10ème édition (CIM10) ; la notion d'abus, défini dans le DSMIV peut également être utilisée

[14] les patients dont l'usage date de plus de 30 jours doivent être placés à la rubrique ne sait pas

18. Voie Intraveineuse[15]

Nombre de patients ayant :		%
utilisé la voie intraveineuse lors du mois précédent		0,0
utilisé la voie intrav. antérieurement (pas dans le mois)		0,0
jamais utilisé la voie intraveineuse		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0

Nombre et % de patients sans réponse	0	

[15] quel que soit le produit injecté

19. Si vous avez eu connaissance de décès parmi les patients vus au cours de l'année, indiquez en le nombre

Nombre total de décès	
Dont nombre de décès par surdose aux opiacés	

20. Vaccinations et dépistage [16]

Hépatite B

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage gratuit	
Nombre de personnes ayant débuté une vaccination	
Nombre de patients ayant complété le schéma vaccinal	

Hépatite C

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage gratuit de l'hépatite C	

VIH

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH	

[16] doivent être renseignées les personnes ayant bénéficié d'un dépistage ou d'une vaccination, dans l'année, dans le le centre ou à l'extérieur

21. Traitements de substitution

Indiquez le nombre de patients ayant bénéficié d'un traitement de substitution aux opiacés

Prescription:

Indiquez le nombre de patients	Méthadone	BHD
sous traitement quel que soit le prescripteur		
pour lesquels le traitement a été prescrit au moins une fois par le centre		
pour lesquels le traitement a été initié par le centre		
pour lesquels a été primo-prescrit de la méthadone gélules		

Dispensation:

Indiquez le nombre de patients (quel que soit le prescripteur):	Méthadone	BHD
pour lesquels la dispensation a été effectuée dans le centre		
pour lesquels la dispensation a eu lieu en pharmacie de ville		
pour lesquels une prescription en relais est faite par le centre (vacances...)		

Quantité totale de méthadone délivrée par le centre par an (en mg)	

Autres traitements à visée substitutive (aux opiacés) prescrits par le centre (précisez le nom du

(nom du traitement)		(nbre patients)	
(nom du traitement)		(nbre patients)	

III. L'ACTIVITE

(y compris celle réalisée dans le cadre des consultations jeunes consommateurs, des consultations de proximité, des consultations avancées, en milieu carcéral…)

SVP, ne pas mettre de texte (ex : nd, nc, 4adultes/3 enfants) dans les cellules blanches des tableaux

22. Nombre de consultations avec les patients [17]

Complétez le tableau en indiquant le nombre de consultations et le nombre de patients concernés pendant l'année par type de professionnels.

	Nombre de consultations	Nombre de patients
Médecins		
Psychiatres		
Infirmiers		
dont actes pour la délivrance de TSO		
Psychologues		
Assistants sociaux		
Educateurs spécialisés		
Animateurs		
Autres :		
Précisez:		

	Nombre d'actes/ de visites	Nombre de patients
Parmi les consultations, nombre de visites à domicile		
Nombre d'actes d'accompagnements de patients pour démarche extérieure		

[17] un acte patient = une consultation associant en face à face un intervenant et un patient éventuellement accompagné. Si plusieurs personnes de l'entourage participent à la consultation, compter un acte. Si plusieurs intervenants participent à la consultation, compter un acte par intervenant.

23. Nombre de consultations [18] avec les personnes de l'entourage

	Nombre de consultations	Nombre de personnes de l'entourage[19]
Médecins		
Psychiatres		
Infirmiers		
Psychologues		
Assistants sociaux		
Educateurs spécialisés		
Animateurs		
Autres :		
Précisez:		

[18] un acte entourage = une consultation associant un ou plusieurs membres de l'entourage et un intervenant en face à face

[19] Est considéré comme personne de l'entourage, toute personne venue en consultation sans la présence de la personne en difficulté avec sa consommation de substances psychoactives. Quand un patient vient accompagné d'une ou plusieurs personnes, seul est comptabilisé un acte pour lepatient.

24. Activités de groupe thérapeutique [20]

	Nombre de type d'ateliers, de groupes	Nombre de réunions des groupes	Nombre de personnes concernées[21]
Groupe de paroles			
Groupe d'informations (éducation pour la santé, éducation thérapeutique)			
Ateliers d'activité artistique et d'expression (théâtre, peinture, écriture...)			
Ateliers d'activité corporelle (sport…)			

[20] sont considérés comme activités de groupe thérapeutique les activités thérapeutiques associant plusieurs patients avec au minimum un soignant.

[21] Le patient doit être compté autant de fois que de types de groupes thérapeutiques auxquels il participe. Un patient qui participe à un atelier décriture et à un atelier de peinture doit être compté deux fois.

25. Sevrages [22]

	Nombre de sevrages	**Nombre de patients**
Sevrages initiés lors de l'année (dans le centre ou avec accompagnement du centre)		
dont sevrages en ambulatoire initiés en ambulatoire par le centre		
dont sevrages initiés assurés par l'hopital et suivi par le centre		

[22] On entend par sevrage toute tentative d'arrêt protocolisé de tout produit (substances psychoactives et traitements de substitution compris)

26. Distribution de matériel de réduction des risques

Indiquer les quantités de matériel délivré par les équipes du CSAPA et/ou les automates

Nombre de trousses d'injection (Kit+, Kap…)	
Nombre de seringues à l'unité de 1cc	
Nombre de seringues à l'unité de 2cc	
Nombre de seringues usagées récupérées[23]	
Nombre de jetons	
Nombre de brochures sur l'alcool	
sur le tabac	
sur les drogues illicites	
Nombre de préservatifs	
Outils d'auto-évaluation des consommations (test d'alcoolémie, test de Fagerström...)	

[23] 1 litre= 56 seringues

27. Les activités de prévention et de formation collective [24]

Nombre d'actions de prévention collective

	Information/Sensibilisation		Formation		Conseil	
	Heures	Pers.	Heures	Pers.	Heures	Pers.
Milieu scolaire						
Primaire et secondaire						
Enseignement supérieur						
Formation et insertion						
Milieu spécifique						
Social						
Santé						
Justice						
Milieu entreprise						
Privé						
Public						
Autre						
Total	0	0	0	0	0	0

[24] Est comptabilisé uniquement le temps consacré aux interventions en face à face (hors préparation, prospection et évaluation)

IV MOYENS FINANCIERS DE LA STRUCTURE

Financements se rapportant aux activités obligatoires et facultatives décrites dans le rapport (y compris celles réalisées dans le cadre des consultations jeunes consommateurs, des consultations de proximité, des consultations avancées, en milieu carcéral, les actions de prévention, de formation, de recherche…)

28. Ressources (arrondir à l'euro)

Dotation par l'enveloppe ONDAM médico – social	
Subventions MILDT	
Autres subventions Etat	
Subventions collectivités territoriales (précisez en dessous)	
Subventions organismes de protection sociale (FNPEIS, CAF, etc.)	
Subventions organismes publics ou autres (précisez en dessous)	
Ventes (prestations facturées : formations, conseils, autres précisez)	
Autres ressources	
Total	0

Pouvez-vous indiquer à partir du compte administratif le montant que représente dans le total des charges:

le groupe I	€	
le groupe II	€	
le groupe III	€	

Indiquez, le cas échéant, les activités non décrites dans le rapport financées par les ressources mentionnées ci-dessus (hébergement ne faisant pas l'objet d'un rapport spécifique)

V L'ÉQUIPE

se rapportant aux activités obligatoires et facultatives décrites dans le rapport (y compris celle des consultations jeunes consommateurs, des consultations de proximité, des consultations avancées, en milieu carcéral, les actions de prévention, de formation, de recherche…)

29. Les membres de l'équipe

		Salariés[25] (en nombre d'ETP)[27]	Mis à disposition[26] (en nombre d'ETP)[27]	Total (en nombre d'ETP)[27]
Médecin				0
Psychiatre				0
Autre médecin spécialiste	précisez:			0
Psychologue				0
Infirmier				0
Aide-soignant				0
Autre paramédical				0
Assistant de service social				0
Educateur spécialisé				0
Animateur / Moniteur				0
Directeur / Chef de service / Assistant de direction				0
Secrétaire / comptable/ agent administratif				0
Documentaliste				0
Agent d'entretien				0
Autres, précisez:				0
Autres, précisez:				0
Autres, précisez:				0
TOTAL GENERAL		0	0	0
Bénévoles et volontaires				
Emplois aidés				
Stagiaires				

[25] salariés de la structure

[26] salariés mis à disposition par d'autres structures

[27] un temps plein correspond à 35 heures par semaine (ex un mi-temps est compté 0,5)

30. Formation professionnelle continue

Nombre de membres de l'équipe ayant pris part à une activité de formation

Précisez les thématiques de ces formations:

VI. COORDONNEES DES LIEUX

où la structure accueille des patients en dehors du centre (consultations de proximité, consultations jeunes consommateurs, antennes, consultations avancées, en milieu carcéral...)

Utilisez SVP une seule ligne par lieu

Nom du lieu	Type de lieu	Adresse	Téléphone	Nombre d'heures d'ouverture par semaine (nombre)	File active par lieu (nombre)
Total des heures d'ouverture par semaine				0	

Annexe : rapport d'activité spécifique de la consultation jeunes consommateurs [1]

Cette annexe décrit l'activité de la consultation jeunes consommateurs défini par le cahier des charges joint en annexe n°4 de la circulaire du 28 février 2008 relative aux CSAPA et aux schémas régionaux d'addictologie

[1] La consultation jeunes consommateurs est une consultation pour les jeunes qui ressentent une difficulté en lien avec leur consommation ou en lien avec un comportement addictif et qui sont accueillies pour une information, une évaluation et/ ou une prise en charge brève et une orientation si nécessaire. A contrario, un jeune dépendant aux opiacés adressé par un médecin n'a pas vocation à être reçu dans le cadre de ce dispositif mais à être pris en charge dans le CSAPA.

LA FILE ACTIVE

	Entourage	Consommateurs
1. Nombre de personnes reçues dans la consultation [2] *(au moins un contact en face à face)*		
dont nombre reçus seuls (entourage seul ou consommateurs seuls)		

[2] personnes vues dans les locaux de la consultation

2. Critère d'inclusion dans la file active des jeunes consommateurs
liste à choix

âge inférieur à :

Si le critère est 1_Age limite, indiquez cet âge ans

Si le critère est 2_Autre critère, précisez svp :

LES ACTES

3. Nombre total d'entretiens individuels avec le consommateur (avec ou sans présence de membre(s) de l'entourage)

4. Nombre total d'entretiens individuels avec un ou plusieurs membres de l'entourage en l'absence du consommateur

5. Nombre total de séances de groupe [4] organisées pour des consommateurs

[4] ne doivent être considérées comme activités de groupe que ce qui rassemble plusieurs personnes avec un intervenant, relève d'un projet

6. Nombre total de séances de groupe[5] organisées pour l'entourage (sans consommateurs)

[5] ne doivent être considérées comme activités de groupe que ce qui rassemble plusieurs personnes avec un intervenant, relève d'un projet spécifique et explicite d'activité de groupe

LES PRODUITS

7. Répartition des patients suivant les produits consommés/addictions les plus dommageables

	Produit N°1	%
Alcool		0,0
Tabac		0,0
Cannabis		0,0
Opiacés (hors substitution détournée)		0,0
Cocaïne et crack		0,0
Amphétamines, ecstasy, …		0,0
Médicaments psychotropes détournés		0,0
Traitement de substitution détournés		0,0
Addictions sans substances (jeu d'argent et de hasard y compris jeux en ligne)		0,0
Addictions sans substances (cyberaddictions)		0,0
Autres addictions sans substance		0,0
Autres		0,0
Total produits 1	0	0,0
Pas de produits consommés		0,0
Non renseigné		0,0
Total (=100% de la file active)	0	

Nombre et % de patients sans réponses	0	0,0

	Produit N°2	%
Alcool		0,0
Tabac		0,0
Cannabis		0,0
Opiacés (hors substitution détournée)		0,0
Cocaïne et crack		0,0
Amphétamines, ecstasy, …		0,0
Médicaments psychotropes détournés		0,0
Traitement de substitution détournés		0,0
Addictions sans substances (jeu d'argent et de hasard y compris jeux en ligne)		0,0
Addictions sans substances (cyberaddictions)		0,0
Autres addictions sans substance		0,0
Autres		0,0
Total produits 2	0	0,0
Pas de produit n°2		0,0
Non renseigné		0,0
Total (=100% de la file active)	0	

Nombre et % de patients sans réponses	0	0,0

L'EQUIPE

8. Membres de l'équipe de la consultation jeunes consommateurs

	Salariés (en nombre d'ETP)	Mis à disposition (en nombre d'ETP)	Total (en nombre d'ETP)
Médecins			0
Psychologue			0
Infirmier			0
Educateur spécialisé			0
Autre (précisez):			0
Autre (précisez):			0
Total	0	0	0

HEURES D'OUVERTURE

9. Nombre d'heures hebdomadaires d'ouverture de la consultation

ORIENTATIONS

10. Nombre de consommateurs orientés vers :

		%
CSAPA		0,0
CMP/CMPP		0,0
Hospitalisation		0,0
Médecin de ville psychiatre		0,0
Médecin de ville généraliste		0,0
Psychologue[6]		0,0
Point écoute		0,0
Service social		0,0
Autre		0,0
Libellé Autre		
Sans orientation[7]		0,0
Total (hors ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		
Nombre et % de patients sans réponse	0	0,0

[6] hors CSAPA/CMP/CMPP

[7] la situation du consultant ne rend pas nécessaire une orientation

Annexe : rapport d'activité spécifique sur l'intervention en milieu carcéral

Cette annexe doit être remplie pour toute l'activité carcérale du CSAPA que le centre intervienne dans un ou plusieurs établissements pénitentiaire(s) [1]

[1] Pour les CSAPA en milieu pénitentiaire, seuls les items 3, 15 et 16 de cette annexe devront être remplis en plus du rapport global

1. Etablissement(s) pénitentiaire(s) où intervient le CSAPA

Nombre d'établissements pénitentiaires où intervient le CSAPA	
Indiquer la ville de chaque établissement pénitentiaire concerné	

2. Nombre de personnes vues en établissement pénitentiaire

3. Nombre de personnes pour lesquelles la consultation du CSAPA est la première prise en charge de toute leur vie en addictologie

4. Sexe des patients

		%
Nombre d'hommes		0,0
Nombre de femmes		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0
Nombre et % de patients sans réponse	0	0,0

5. Age des patients

Précisez le nombre de patients ayant

		%
moins de 20 ans		0,0
dont moins de 18 ans		0,0
entre 20 et 24 ans		0,0
entre 25 et 29 ans		0,0
entre 30 et 39 ans		0,0
entre 40 et 49 ans		0,0
entre 50 et 59 ans		0,0
60 ans et plus		0,0
Total (Hors ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0
Nombre et % de patients sans réponse	0	

6. Origine de la demande de consultation

		%
Initiative du patient ou des proches		0,0
UCSA		0,0
SMPR		0,0
SPIP		0,0
Surveillants		0,0
Autre		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0
Nombre et % de patients sans réponse	0	

7. Répartition des patients suivant les produits à l'origine de la prise en charge [2]

	Produit à l'origine de la prise en charge	%
Alcool		0,0
Tabac		0,0
Cannabis		0,0
Opiacés (hors substitution détournée)		0,0
Cocaïne et crack		0,0
Amphétamines, ecstasy, …		0,0
Médicaments psychotropes détournés		0,0
Traitemt de substitution détournés		0,0
Addictions sans substances (jeu d'argent et de		0,0
Addictions sans substances (cyberaddictions)		0,0
Autres addictions sans substance		0,0
Autres		0,0
Total produits à l'origine de la prise en charge	0	0,0
Non renseigné		
Total (=100% de la file active)	0	
Nombre et % de patients sans réponse	0	

[2] Indiquer le produit qui est ou a été le plus en cause dans la demande de prise en charge, même si le patient ne le consomme plus. Un produit ou une addiction sans produits doit être indiqué pour chaque patient.

8. Voie Intraveineuse[3]

Nombre de patients ayant :		%
utilisé la voie intraveineuse		0,0
jamais utilisé la voie intraveineuse		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		
Nombre et % de patients sans réponse	0	

[3] quel que soit le produit injecté

9. Vaccinations et dépistage [4]

Hépatite B

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage gratuit	
Nombre de personnes ayant débuté une vaccination	
Nombre de patients ayant complété le schéma vaccinal	

Hépatite C

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage gratuit de l'hépatite C	

VIH

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH	

[4] doivent être renseignées les personnes ayant bénéficié d'un dépistage ou d'une vaccination, dans l'année, dans le CSAPA ou à l'extérieur

10. Traitements de substitution

Indiquez le nombre de patients ayant bénéficié d'un traitement de substitution aux opiacés

Indiquez le nombre de patients	Méthadone	BHD
pour lesquels le traitement a été initié en détention		
pour lesquels le traitement a été poursuivi en détention		

11. Nombre de consultations avec les patients [5]

Complétez le tableau en indiquant le nombre de consultations et le nombre de patients concernés pendant l'année par type de

	Nombre de consultations	**Nombre de patients**
Médecins		
Psychiatres		
Infirmiers		
Psychologues		
Assistants sociaux		
Educateurs spécialisés		
Animateurs		
Autres :		
Précisez:		

[5] un acte patient = une consultation associant en face à face un intervenant et un patient éventuellement accompagné. Si plusieurs personnes de l'entourage participent à la consultation, compter un acte. Si plusieurs intervenants participent à la consultation, compter un acte par intervenant.

12. Activités de groupe thérapeutique [6]

	Nombre de type d'ateliers, de groupes	Nombre de réunions des groupes	Nombre de personnes concernées[7]
Groupe de paroles			
Groupe d'informations (éducation pour la santé,			
Ateliers d'activité artistique et d'expression			
Ateliers d'activité corporelle (sport…)			

[6] sont considérés comme activités de groupe thérapeutique les activités thérapeutiques associant plusieurs patients avec au minimum un

7 Le patient doit être compté autant de fois que de types de groupes thérapeutiques auxquels il participe. Un patient qui participe à un atelier décriture et à un atelier de peinture doit être compté deux fois.

13. Membres de l'équipe intervenant en prison

	Salariés (en nombre d'ETP)	Mis à disposition (en nombre d'ETP)	Total (en nombre d'ETP)
Médecins			0
Psychologue			0
Infirmier			0
Educateur spécialisé			0
Autre (précisez):			0
Autre (précisez):			0
Total	0	0	0

14. Nombre d'heures mensuelles d'intervention en prison

15. Nombre de sortants de prison dans l'année parmi les personnes vues en établissement pénitentiaire

16. Orientation à la sortie

Parmi les sortants, nombre de patients orientés vers:		%
CSAPA intervenant en prison		0,0
autre CSAPA ambulatoire		0,0
CSA avec hébergement		0,0
Etablissement sanitaire (hospitalisation, SSR)		0,0
Médecin de ville		0,0
Autre		0,0
Libellé Autre		
Sans orientation[8]		0,0
Total (hors ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		
Nombre et % de patients sans réponse	0	0,0

N'indiquer qu'une seule orientation par patient

[8] la situation du consultant ne rend pas nécessaire une orientation

Annexe : sevrage tabagique en CSAPA

Questions de l'ancienne annexe 2, "questionnaire relatif au sevrage tabagique en CSAPA" intégrées dans le rapport d'activité.

Nombre de fumeurs quotidiens dans la file active du Caspa (toutes addictions):

Nombre de personnes prises en charge pour un sevrage tabagique au Csapa (toutes addictions)

Nombre d'amorces de traitement d'un mois distribué gratuitement au cours de l'année

Avez-vous connu un accroissement d'activité pendant la campagne moi(s) sans tabac?

Commentaires et observations sur "moi(s) sans tabac" (citez 1 à 3 actions réalisées)

Commentaires et observations relatifs au sevrage tabagique en CSAPA :

Commentaires sur l'ensemble du rapport

(Continuation commentaire)

ANNEXE 9

RAPPORT D'ACTIVITÉ CSAPA HÉBERGEMENT 2017

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
SOUS-DIRECTION DE LA SANTE DES POPULATIONS ET DE LA PREVENTION DES MALADIES CHRONIQUES
BUREAU DE LA PRÉVENTION DES ADDICTIONS

Département (liste à choix)

DISPOSITIF SPECIALISE DE LUTTE CONTRE LES PRATIQUES ADDICTIVES

RAPPORT D'ACTIVITE DES STRUCTURES AVEC HEBERGEMENT
ANNEE 2018

I LA STRUCTURE

Le rapport d'activité ci-dessous doit décrire les activités obligatoires du CSAPA (Accueil, information, évaluation, orientation, prise en charge, réduction des risques) ainsi que les missions facultatives (consultations de proximité, activités de prévention, formation et recherche, prise en charge des addictions sans substances, intervention en direction des personnes détenues ou sortants de prison).

Ce rapport concerne l'activité hébergement des CSAPA définie par le décret du 14 mai 2007 (CSAPA)

Un rapport devra être complété pour chaque type d' activité hébergement (voir liste question n°3), dès lors qu'un minimum de 10 patients ont été accueillis dans un type d'hébergement. Pour moins de 10 patients, a minima les items 1 à 12, 26 puis de 28 à 31 devront être remplis.

Cliquer Ici

1. Coordonnées de la structure

Nom de la structure :

Choisir dans la liste svp (classement par département) ; si votre centre ne figure pas dans la liste, utilisez le champ ci-dessous :

Numéro Finess :

Adresse

Code postal | Commune

Téléphone | Télécopie

Adresse électronique

2. Coordonnées de la structure gestionnaire

Nom :

Numéro Finess :

Adresse

Code postal | Commune

Téléphone | Télécopie

Adresse électronique

3. Type de structure *(liste à choix : cliquez dans les cases puis sur la flèche pour obtenir la liste)*

	Nbre de places (ou nuits pour l'hôtel)

1 communauté thérapeutique autorisée à titre expérimental dans le cadre de la circulaire du 24/10/06

4. Forme juridique du CSAPA *(liste à choix : cliquez dans la case puis sur la flèche pour obtenir la liste)*

5. Statut du personnel *(liste à choix : cliquez dans la case puis sur la flèche pour obtenir la liste)*

Autres statuts *(préciser)*

6. Partenariat

La structure a-t-elle passé convention avec d'autres structures?	
Si oui combien y a-t-il de conventions signées?	
Nombre de conventions signées avec des structures médico-sociales (CSAPA, CAARUD)	
Nombre de conventions signées avec des structures sanitaires (hôpitaux, SSR, CDAG)	
Nombre de conventions signées avec des structures sociales (CHRS)	
Nombre de conventions signées avec les services de la justice	

II. PATIENTS VUS ET HEBERGES PAR LA STRUCTURE PENDANT L'ANNEE

7. Nombre de personnes vues par l'équipe[2]

[2] il peut s'agir des personnes hébergéés, de personnes sollicitant un hébergement, de l'entourage… Elles peuvent avoir été vues dans les locaux de la structure ou en dehors (visite à l'hôpital, étab. pénitent...). Quand un patient vient accompagné d'une ou plusieurs personnes, seul est comptabilisé le patient.

8. Nombre de patients hébergés[3]

[3] est considéré comme patient, toute personne en difficulté avec sa consommation de substances psychoactives qui a pu bénéficier d'au moins un acte de prise en charge (médicale, psychologique, sociale ou éducative).

----------Parmi les patients hébergés----------
(situation au moment de l'admission)

9. Sexe des patients

		%
Nombre d'hommes		0,0
Nombre de femmes		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0
Nombre et % de patients sans réponse	0	0,0

10. Age des patients

Précisez le nombre de patients ayant

		%
moins de 20 ans		0,0
dont moins de 18 ans		*0,0*
entre 20 et 24 ans		0,0
entre 25 et 29 ans		0,0
entre 30 et 39 ans		0,0
entre 40 et 49 ans		0,0
entre 50 et 59 ans		0,0
60 ans et plus		0,0
Total (Hors ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0
Nombre et % de patients sans réponse	0	0,0

11. Origine géographique

Renseigner par rapport au domicile ou à la domiciliation

Nombre de patients originaires du département		0,0
Nombre de patients originaires de la région (hors départ.)		0,0
Nombre de patients en provenance d'autres rég.		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0
Nombre et % de patients sans réponse	0	0,0

12. Logement

Dernière situation avant l'entrée dans la structure

		%
Durable[4]		0,0
Provisoire (ou précaire)[5]		0,0
SDF		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0
Nombre et % de patients sans réponse	0	0,0

[4] Le logement sera considéré comme durable si la personne pouvait raisonnablement escompter vivre, pendant au moins les 6 prochains mois, soit dans ce logement soit dans un logement équivalent lorsqu'un déménagement ou un changement d'institution était prévu.

[5] Les personnes sortantes de prison doivent être renseignées à logement provisoire ou précaire.

13. Origine principale des ressources

Ressource principale avant l'entrée dans la structure

		%
Revenus de l'emploi (y comp. Ret., pens. invalid.)		0,0
Assedic		0,0
RMI/RSA		0,0
AAH		0,0
Autres prestations sociales		0,0
Ressources provenant d'un tiers		0,0
Autres ressources (y compris sans revenus)		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0
Nombre et % de patients sans réponse	0	0,0

14. Origine de la demande de consultation

		%
Initiative du patient ou des proches		0,0
Médecin de ville		0,0
Structure spécialisée médico-sociale (CSAPA/ CAARUD)		0,0
Structures hospitalières spécialisées en addictologie (Equipe hospitalière de liaison, consultation hospitalière d'addictologie, autre…)		0,0
Autre hôpital / autre sanitaire		0,0
Institutions et services sociaux		0,0
Justice, orientation présentencielle		0,0
Justice, orientation post-sentencielle		0,0
Justice, classement avec orientation		0,0
Milieu scolaire/étudiant		0,0
Autre		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0
Nombre et % de patients sans réponse	0	0,0

15. Répartition des patients suivant les produits consommés[6] ou les addictions les plus dommageables

	Produit n°1	%
Alcool		0,0
Tabac		0,0
Cannabis		0,0
Opiacés (hors substitution détournée)		0,0
Cocaïne et crack		0,0
Amphétamines, ecstasy, …		0,0
Médicaments psychotropes détournés		0,0
Traitement de substitution détournés		0,0
Addictions sans substances (jeu d'argent et de hasard y compris jeux en ligne)		0,0
Addictions sans substances (cyberaddictions)		0,0
Autres addictions sans substance		0,0
Autres		0,0
Total produits et addictions 1	0	0,0
Pas de produits consommés		0,0
Non renseigné		0,0
Total (=100% de la file active)	0	

Nombre et % de patients sans réponses	0	0,0

	Produit n°2	%
Alcool		0,0
Tabac		0,0
Cannabis		0,0
Opiacés (hors substitution détournée)		0,0
Cocaïne et crack		0,0
Amphétamines, ecstasy, …		0,0
Médicaments psychotropes détournés		0,0
Traitemt de substitution détournés		0,0
Addictions sans substances (jeu d'argent et de hasard y compris jeux en ligne)		0,0
Addictions sans substances (cyberaddictions)		0,0
Autres addictions sans substance		0,0
Autres (dont autres produits)		0,0
Total produits et addictions 2	0	0,0
Pas de deuxième produit consommé		0,0
Non renseigné		0,0
Total (=100% de la file active)	0	

Nombre et % de patients sans réponse	0	0,0

[6] Produits consommés au cours des 30 derniers jours précédant l'entretien d'évaluation les plus dommageables pour le patient (selon le point de vue de l'équipe). Voire le guide de remplissage RECAP : http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/recap/prerecap.html

16. Répartition des patients suivant les produits à l'origine de la prise en charge[7]

	Produit à l'origine de la prise en charge	%
Alcool		0,0
Tabac		0,0
Cannabis		0,0
Opiacés (hors substitution détournée)		0,0
Cocaïne et crack		0,0
Amphétamines, ecstasy, …		0,0
Médicaments psychotropes détournés		0,0
Traitemt de substitution détournés		0,0
Addictions sans substances (jeu d'argent et de hasard y compris jeux en ligne)		0,0
Addictions sans substances (cyberaddictions)		0,0
Autres addictions sans substance		0,0
Autres (dont autres produits)		0,0
Total produits et addictions	0	0,0
Non renseigné		0,0
Total (=100% de la file active)	0	
Nombre et % de patients sans réponse	0	0,0

[7] Indiquer le produit qui est ou a été le plus en cause dans la demande de prise en charge, même si le patient ne le consomme plus. Un produit ou une addiction sans produits doit être indiqué pour chaque patient.

17. Type d'usage des produits (hors tabac)

Indiquez le nombre de patients qui ont une consommation classée :

(se référer au produit n°1 à l'item 15 pour l'usage, l'usage à risque/nocif et la dépendance)		%
En abstinence, au moins les 30 derniers jours		0,0
En usage		0,0
En usage à risque ou en usage nocif[8]		0,0
En dépendance[8]		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas[9]		0,0
Nombre et % de patients sans réponse	0	0,0

[8] en référence à la classification internationale des maladies 10ème édition (CIM10) ; la notion d'abus, défini dans le DSMIV peut également être utilisée

[9] les patients dont l'usage date de moins de 30 jours doivent être placés à la rubrique ne sait pas

18. Voie Intraveineuse[10]

Nombre de patients ayant :		%
Utilisé la voie intraveineuse lors du mois précédent		0,0
Utilisé la voie intrav. antérieurement (pas dans le mois)		0,0
Jamais utilisé la voie intraveineuse		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0
Nombre et % de patients sans réponse	0	0,0

[10] quel que soit le produit injecté

19. Si vous avez eu connaissance de décès parmi les patients vus au cours de l'année, indiquez en le nombre

Nombre total de décès	
Dont nombre de décès par surdose aux opiacés	

20. Vaccinations et dépistage[11]

Hépatite B

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage gratuit	
Nombre de personnes ayant débuté une vaccination	
Nombre de patients ayant complété le schéma vaccinal	

Hépatite C

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage gratuit de l'hépatite C	

VIH

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH	

[11] doivent être renseignées les personnes ayant bénéficié d'un dépistage ou d'une vaccination, dans l'année, dans le le centre ou à l'extérieur

21. Traitements de substitution

Indiquez le nombre de patients ayant bénéficié d'un traitement de substitution aux opiacés

Prescription:

Indiquez le nombre de patients, au cours de l'année,	Méthadone	BHD
sous traitement quel que soit le prescripteur		
pour lesquels le traitement a été prescrit au moins une fois par le centre		
pour lesquels le traitement a été initié par le centre		
pour lesquels a été primo-prescrit de la méthadone gélules		

Dispensation:

Indiquez le nombre de patients:	Méthadone	BHD
pour lesquels la dispensation a été effectué dans le centre		
pour lesquels la dispensation a lieu en pharmacie de ville		
pour lesquels une prescription en relais est faite par le centre (vacances...)		

Quantité totale de méthadone délivrée par le centre par an (en mg)	

Autres traitements à visée substitutive (aux opiacés) prescrits par le centre (précisez le nom du traitement et

(nom du traitement)		(nbre patients)	
(nom du traitement)		(nbre patients)	

III. L'ACTIVITE

22. Nombre de consultations avec les patients [12]

Complétez le tableau en indiquant le nombre de consultations et le nombre de patients concernés pendant l'année par type de professionnels.

	Nombre de consultations	Nombre de patients
Médecins		
Psychiatres		
Infirmiers		
dont actes pour la délivrance des TSO		
Psychologues		
Assistants sociaux		
Educateurs spécialisés		
Animateurs		
Autres :		
Précisez:		

[12] un acte patient = une consultation associant en face à face un intervenant et un patient éventuellement accompagné. Si plusieurs intervenants participent à la consultation, compter un acte par intervenant.

23. Nombre de consultations avec les personnes de l'entourage[13]

	Nombre de consultations	Nombre de personnes de l'entourage [14]
Médecins		
Psychiatres		
Infirmiers		
Psychologues		
Assistants sociaux		
Educateurs spécialisés		
Animateurs		
Autres :		
Précisez:		

[13] un acte entourage = une consultation associant un ou plusieurs membres de l'entourage et un intervenant en face à face

[14] Est considéré comme personne de l'entourage, toute personne venue en consultation sans la présence de la personne en difficulté avec sa consommation de substances psychoactives. Quand un patient vient accompagné d'une ou plusieurs personnes, seul est comptabilisé un acte pour le patient.

24. Activités de groupe thérapeutique [15]

	Nombre de type d'ateliers, de groupes	Nombre de réunions des groupes	Nombre de patients concernés[16]
Groupe de paroles			
Groupe d'informations (éducation pour la santé, éducation thérapeutique)			
Ateliers d'activité artistique (théâtre, peinture, écriture...)			
Ateliers d'activité corporelle (sport…)			

[15] sont considérés comme activités de groupe thérapeutique les activités thérapeutiques associant plusieurs patients avec au minimum un soignant.

[16] Le patient doit être compté autant de fois que de types de groupes thérapeutiques auxquels il participe. Un patient qui participe à un atelier décriture et à un atelier de peinture doit être compté deux fois.

25. Distribution de matériel de réduction des risques

Indiquer les quantités de matériel délivré par les équipes du CSAPA et/ou les automates

Nombre de trousses d'injection (Kit+, Kap…)		
Nombre de seringues à l'unité de 1cc		
Nombre de seringues à l'unité de 2cc		
Nombre de seringues usagées récupérées[17]		
Nombre de jetons		
Nombre de brochures	sur l'alcool	
	sur le tabac	
	sur les drogues illicites	
Nombre de préservatifs		
Outils d'auto-évaluation des consommations (test d'alcoolémie, test de Fagerstöm...)		

[17] 1 litre= 56 seringues

26. Durée de séjour

Nombre total des journées d'hébergement réalisées (ou de nuits pour les nuits d'hotel) (N)	
Durée moyenne d'hébergement en jours (si différent du chiffre calculé automatiquement) (N / nombre de personnes hébergées dans l'année)	

27. Total des actes de prise en charge réalisés à l'extérieur du centre

Accompagnements de résidents pour démarche extérieure	

28. Nombre de résidents sortis entre le 1er janvier et le 31 décembre

29. Répartition de la durée d'hébergement des sortants dans l'année

		%
Au plus un mois		
De 1 à moins de 3 mois		
De 3 à moins de 6 mois		
De 6 mois à un an		
Plus de un an		
Total	0	
Nombre et % de résidents (sortis) sans réponse	0	0,0

30. Nombre de patients pour lesquels des démarches ont été engagées et ont abouti afin de trouver:

	Nombre de patients pour lesquels des démarches ont été engagées[18]	**Nombre de patients pour lesquels des démarches ont abouti[19]**
un autre hébergement		
un emploi		
une formation professionnelle		
maintien et accès aux droits		

[18] constitue une démarche engagée, un rendez-vous avec un employeur avec un bailleur…

[19] constitue une démarche aboutie un logement obtenu, l'acès à un emploi, à une formation…

31 Motifs de sortie du résident :

		%
Contrat thérapeutique mené à terme		
Réorientation vers une struct. médico-sociale plus adaptée, précisez:		
Exclusion par le centre de soins		
Hospitalisation durable		
Rupture à l'initiative du résident		
Décès		
Autres, précisez:		
Total	0	
Nombre et % de résidents (sortis) sans réponse	0	0,0

32. Descriptif qualitatif de l'activité du centre

Modalités de prise en charge et activités thérapeutiques ou spécifiques proposées par le centre aux résidents.

33. Les activités de prévention et de formation collective [20]

Nombre d'actions de prévention collective

	Information/Sensibilisation		Formation		Conseil	
	Heures	Pers.	Heures	Pers.	Heures	Pers.
Milieu scolaire						
Primaire et secondaire						
Enseignement supérieur						
Formation et insertion						
Milieu spécifique						
Social						
Santé						
Justice						
Milieu entreprise						
Privé						
Public						
Autre						
Total	0	0	0	0	0	0

[20] Est comptabilisé uniquement le temps consacré aux interventions (hors préparation, prospection et évaluation)

IV MOYENS FINANCIERS DE LA STRUCTURE

Financements se rapportant aux activités obligatoires et facultatives décrites dans le rapport

34. Ressources (arrondir à l'euro)

Dotation par l'enveloppe ONDAM médico – social	
Subventions MILDT	
Autres subventions Etat	
Subventions collectivités territoriales (précisez en dessous)	
Subventions organismes de protection sociale (FNPEIS, CAF, etc.)	
Subventions organismes publics ou autres (précisez en dessous)	
Ventes (prestations facturées : formations, conseils, autres précisez)	
Autres ressources	
Total	0

Pouvez-vous indiquer à partir du compte administratif le montant que représente dans le total des charges:

le groupe I	€	
le groupe II	€	
le groupe III	€	

Indiquez, le cas échéant, les activités non décrites dans le rapport financées par les ressources mentionnées ci-dessus (hébergement ne faisant pas l'objet d'un rapport spécifique)

V L'ÉQUIPE

se rapportant aux activités obligatoires et facultatives décrites dans le rapport

35. Les membres de l'équipe

	Salariés[21] (en nombre d'ETP)[22]	Mis à disposition[23] (en nombre d'ETP)[22]	Total (en nombre d'ETP)[22]
Médecin			0
Psychiatre			0
Autre médecin spécialiste (précisez)			0
Psychologue			0
Infirmier			0
Aide-soignant			0
Autre paramédical			0
Assistant de service social			0
Educateur spécialisé			0
Animateur / Moniteur			0
Directeur / Chef de service / Assistant de direction			0
Secrétaire / comptable/ agent administratif			0
Documentaliste			0
Agent d'entretien			0
Autres, précisez:			0
Autres, précisez:			0
Autres, précisez:			0
TOTAL GENERAL	0	0	0
Bénévoles et volontaires			
Emplois aidés			
Stagiaires			

[21] salariés de la structure

[22] un temps plein correspond à 35 heures par semaine (ex un mi-temps est compté 0,5)

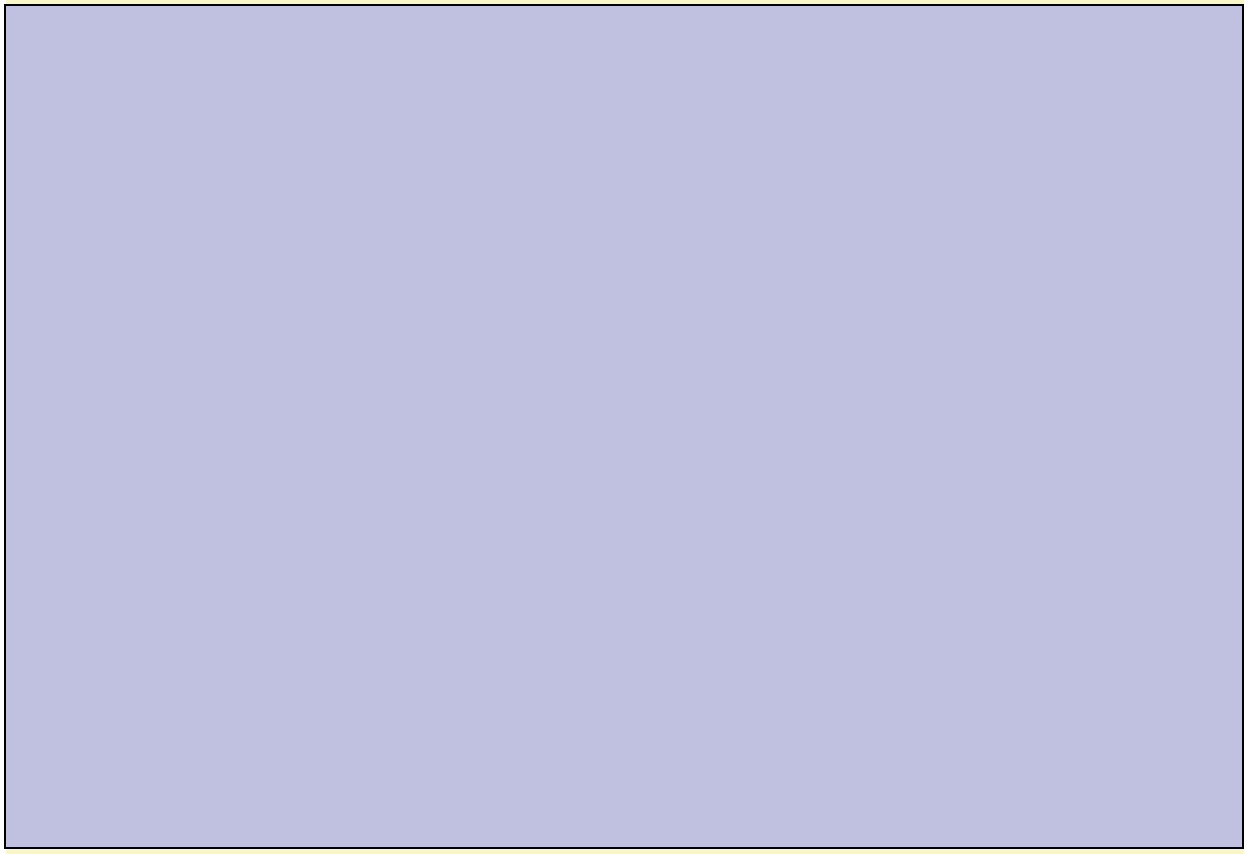
[23] salariés mis à disposition par d'autres structures

36. Formation professionnelle continue

Nombre de membres de l'équipe ayant pris part à une activité de formation

Précisez les thématiques de ces formations:

Commentaires sur l'ensemble du rapport



ANNEXE 10

RAPPORT D'ACTIVITÉ CAARUD 2018

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère des solidarités et de la santé
Direction générale de la santé
Sous-direction de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques

Bureau de la prévention des addictions

ASA-CAARUD Rapport d'Activité Standardisé Annuel

ANNEE 2018

Décret n°1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des CAARUD
Décret n°347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogues

1. LA STRUCTURE

1. Coordonnées de la structure

Nom du CAARUD :

Date d'autorisation :

Adresse

Code postal | Commune

Téléphone | Fax

Adresse électronique

Site internet

Notes : Si le CAARUD a été autorisé dans l'année qui fait l'objet du présent rapport, celui-ci doit être renseigné à compter de la date d'autorisation.

2. BUDGET (à partir du compte administratif)

(format ex: 100 000€)

	Recettes	Charges
Budget du CAARUD		
Dotation ONDAM		

3. MEMBRES DE L'EQUIPE

Notes : Les volumes horaires sont exprimés en Equivalent Temps Plein (ETP), pour tous les emplois qu'ils soient salariés (liés par un contrat de travail avec le CAARUD) ou bénévoles pour l'année civile complète. Si un emploi prévu au budget n'est pas pourvu, il ne doit pas figurer dans les effectifs.Indiquez uniquement les personnes en poste pendant la période couverte par ce rapport).

• Personnel salarié : toute personne touchant une rémunération (salaire ou vacation) quelle qu'en en soit la durée.

• Equivalent temps plein : Le calcul doit se faire sur la base du nombre de mois travaillés. Ainsi un salarié à temps plein ayant travaillé les 12 mois de l'année = 1 ETP ; un salarié à temps plein ayant travaillé 6 mois = 0,5 ETP et celui qui n'a travaillé qu'un seul mois = 0,08 ETP (1/12).

• Pour les salariés à mi-temps, ils comptent pour 0,5 ETP s'ils ont travaillés 12 mois, et 0,25 ETP pour 6 mois…

• Bénévoles/volontaires : toute personne ne touchant ni salaire ni vacations

Personnel salarié (Nombre ETP format ex : 0,5)		**Bénévoles/volontaires** (Nombre ETP format ex :0,5)
	Directeur/coordinateur/chef de service	
	Secrétariat et personnel administratif	
	Personnel logistique (entretien…)	
	Médecin	
	Infirmier	
	Psychologue	
	Educateur	
	Animateur	
	Assistant social	
	Personne relai issue de la communauté UD	
	Stagiaire	
	Autre personnel 1 (précisez) :	
	Autre personnel 2 (précisez) :	
	Autre personnel 3 (précisez) :	
0,0	**Totaux**	0,0

4. MODALITES ET LIEUX D'INTERVENTION

Notes : Un CAARUD peut pratiquer une ou plusieurs des 3 modalités d'intervention suivantes :

*** Lieux d'accueil :** les activités s'exercent dans un **local** principal et/ou antenne(s) ou dans une **unité mobile** (camion, bus, minibus qui se déplace ou non d'un lieu à un autre dans la même journée/soirée ou la même semaine.

*** Activités extérieures : Intervention de rue** (équipe/travail de rue **où** les activités s'exercent « à pied) ; intervention sur des lieux de **squat** ; **permanences** (accueil "décentralisé" au sein d'une autre institution) ; visites/ateliers sur des **lieux de détention** ; travail collaboratif avec des **pharmacies** (échanges de seringues et/ou automates).

*** Activités en milieu festif :** les activités s'exercent sur les lieux de déroulement des événements festifs.

« Lieux d'accueil » du CAARUD

Local principal et antennes

Unité mobile (bus, camion…)

Interventions extérieures

Interventions de rue		Intervention en prison	
Interventions en squat		PES en pharmacie	
Permanences (universités, CHRS...)			

Activités en milieu festif			
Interventions régulières (boite, discothèques...)		Evénements ponctuels (technivals, festivals, concerts...)	

5. ACCUEIL COLLECTIF ET INDIVIDUEL, SERVICES PROPOSES

Espace d'accueil et de repos		Espace laverie	
Mise à disposition de boissons/nourriture		Espace sanitaire (douches...)	
Mise à disposition téléphone/internet		Casiers, consignes pour effets personnels	
Autre 1 :		Autre 2 :	

6. PERIODES DE FONCTIONNEMENT

Accueil des usagers ou présence sur les les lieux d'intervention (jours, soirs et week-end)

Notes : Du lundi au vendredi il s'agit de comptabiliser les nombre de jours et de soirées/nuits d'ouverture aux usagers de la structure par **semaine** et pour le WE du nombre de jours ou de soirées/nuits **annuels** de fonctionnement. *Exemple* : Si un CAARUD dispose de plusieurs modalités d'intervention (local, unité mobile, équipes intervenants à l'extérieures) additionnez les journées : exemple : un CAARUD dispose de 2 locaux ouverts toute la journée 5 jours par semaine + une unité mobile intervenant 3 soirées par semaine et chaque samedi + une équipe de rue intervenant 3 après midi par semaine :

- Lieu fixe-local : 5+5=10 journées par semaine
- Lieu fixe-unité mobile = 3 soirées/nuits par semaine + 52 samedis et/ou dimanches par an.
- Activité extérieures = 3 x 0,5= 1,5 jours par semaine

	Lundi au vendredi		Samedi et/ou dimanche	
	Nombre de jours **hebdomadaires** d'ouverture (de 8h à 20h)	Nb de soirée et/ou nuits **hebdomadaires** d'ouverture (après 20h00)	Nb de jours **annuels** d'ouverture	Nb de soirées et/ou nuits **annuelles** d'ouverture (après 20h00)
Lieu d'accueil, local principal et antennes				
Lieu d'accueil - unité mobile				
Interventions extérieures (rue, squat, prison, permanences...)				

	Nb de sorties annuelles
Activités en milieu festif : Indiquez le nb de "sorties" annuelles (un evénement = une sortie)	

7. ESTIMATION ANNUELLE DES FILES ACTIVES ET PASSAGES/CONTACTS

Les trois grandes modalités d'intervention ont été distinguées afin de refléter au mieux les spécificités d'interventions et les publics. Pour chaque type d'intervention il est demandé de distinguer :

*** la file active annuelle** : ensemble des usagers vus au moins une fois pendant l'année par un ou plusieurs membres de l'équipe ; un usager ne peut être comptabilisé qu'une seule fois dans une année. Cet indicateur renseigne sur la taille de la population suivie. Il peut y avoir des doubles compte entre les files actives des différentes modalités d'intervention (ex : intervention squat et équipe de rue), mais cela devrait être minoritaire.

* **Le nombre de contacts annuels** : cet indicateur renseigne sur la fréquence des rencontres. Il s'agit d'estimer le nombre de contacts et non la file active Exemple 1 : monsieur X est vu au cours de l'année 10 fois au sein du local et 10 fois lors des interventions de rue (= 20 contacts ET 1 file active). Exemple 2: Dans le cadre d'une intervention d'une équipe de rue, la rencontre avec un groupe de 10 personnes, doit donnée lieu à la comptabilisation de 10 contacts, même si le dialogue et/ou la remise de matériel de RDR n'ont pas eu lieu avec chacun des membres du groupe.

Concernant les activités en milieu festif, distinguez :

* **Les passages** : estimation du nombre de personnes qui sont passées au stand, chill-out… pendant l'événement festif

*** Les interventions/entretiens** : estimation du nombre de personnes avec lesquelles les intervenants ont initié ou développé une intervention individuelle ou pour un groupe (conseil, discussion, accompagnement…)

« Lieux d'accueil » du CAARUD

	File active	*Dont nouvelles personnes*	Nombre de passages/contacts
Local principal et antennes			
dont femmes :			
Unité mobile (bus, camion…)			
dont femmes :			

Interventions extérieures

	File active	Nombre de contacts
Interventions de rue		
Interventions en squat		
Interventions en prison		
Permanences		

Activités en milieu festif

Nombre de passages		Nombre d'interventions/entretiens	

8. PRODUITS (%)

Notes: Indiquez le **pourcentage** au sein de la file active (local principal et antennes, unité mobile, interventions extérieures et milieu festif) des produits consommés par les personnes rencontrées.

Les personnes accueillies dans les CAARUD sont nombreuses à consommer plusieurs produits au cours d'une même année (polyusagers). Il vous est demandé ici d'évaluer pour chaque personne de vos files actives le produit (ou les deux produits) dominant ; c'est-à-dire le produit qui occupe une place prépondérante dans la vie de la personne. Ce produit constituant dans la plupart des cas "celui qui pose le plus de problèmes à l'usager". La typologie ci-dessous reprend les termes de l'enquête OFDT Ena-CARRUD (réalisée tous les deux ans) ; cette enquête permet quant à elle, de renseigner tous les produits consommés récemment (au cours du dernier mois) ainsi que leurs modalités d'usage.

Pour le milieu festif, il est demandé de tenir compte seulement des consommations des personnes vues en entretiens.

Héroïne	Buprénorphine, subutex	Méthadone	Moscantin-Sknénan	Cocaïne ou free base	Crack	Amphétamines	MDMA, ecstasy

Kétamine	Plantes hallucinogènes(1)	LSD, acides	Benzo (2)	Cannabis	Alcool	Autre 1 lequel	Autre 2 lequel

(1) Champignons, Datura, Salvia divinorium, DMT/ayahusca

(2) Rivotril, Rohypnol, Vallium, Tranxene, Temesta, etc

9. MODALITES DE REALISATIONS DES ACTES

Note : Il s'agit des différentes modalités et méthodes d'intervention menées par les membres de l'équipe du CAARUD quel que soit leur statut (salarié ou bénévole/volontaire) et quelle que soit la fréquence d'utilisation de cette méthodologie d'intervention. En revanche ne pas répondre par oui lorsque que cette modalité d'intervention est tout à fait exceptionnelle dans l'activité traditionnelle du CAARUD et quelle ne sera jamais répétée.

Entretiens individuels		Visites (domicile, hôpital…)	
Ateliers/sessions d'échanges collectives		Orientation de la personne	
Groupes d'entraide/auto support/communautaire		Accompagnement physique	
Autre 1 - Précisez :		Autre 2 - Précisez :	

10. ACTES REALISES

Notes : Il s'agit de décrire la nature des interventions menées par le CAARUD. Ces interventions sont caractérisées en actes. On entend par « acte » toute action accomplie par un membre de l'équipe, dans le cadre de ses activités, sur place ou sur les lieux d'intervention de l'équipe, pour soutenir, orienter ou accompagner un usager de drogues ayant un contact avec le CAARUD. Un même acte (exemple recherche d'un logement de moyen séjour) peut varier considérablement d'une personne à l'autre en termes de temps consacré et de difficulté. De plus, certains des actes énumérés ci-dessous, peuvent en fonction des situations, avoir ou non une « issue positive ». Quelques exemple d'actes pouvant être comptabilisés comme un acte : un entretien, un remplissage de dossier, un accompagnement au CDAG, un appel téléphonique...

Méthode suggérée pour comptabiliser les actes : Pour faciliter la comptabilisation des actes réalisés, il est conseillé d'utiliser des fiches (journalières, hebdomadaires ou mensuelles) adaptées à ce rapport d'activité et à vos pratiques professionnelles. Ensuite, chaque fois qu'un membre de l'équipe réalise un acte, il coche la case correspondante. Les fiches peuvent être individuelles (c'est-à-dire avoir une fiche par salarié dont on fait le total à la fin de la semaine ou du mois) ou collective. Il s'agit alors d'un exemplaire déposé dans un lieu central permettant aux membres de l'équipe de noter les actes réalisés.

Typologie des actes			Nombre d'actes annuel
Accueil/refuge/lien social			
Réduction des risques liés à l'usage de drogues et à la sexualité (modes de consommation, récupération de matériel, risques infectieux et sanitaires…)			
Hygiène (nutrition, douches, machine à laver…)			
Soins	Infirmiers		
	Médecine générale (hors substitution)		
	Accès à la substitution aux opiacés		
	Suivi psychologique/psychiatrique		
	Traitement hépatite B		
	Traitement hépatite C		
	Traitement sida		
	Dentaire		
	Autre, Précisez la discipline :		
Dépistage et vaccination (VIH, IST, hépatites…			
Démarches d'accès aux droits (sociaux, santé, administratif, justice…) ou de maintien			
Logement	Court séjour inférieur à 3 mois (urgence ou transition - collectif (foyers) ou individuel (hôtel)		
	Moyen séjour et long séjour (appartements thérapeutiques, CTR, communauté thérapeutique, familles d'accueil…)		
	Logement personnel, logement autonome de droit commun		
	Actions/activités/interventions de **maintien** dans le logement		
Formation et emploi	Accès et recherche de formation		
	Accès et recherche d'emploi		
	Actions/activités/interventions de **maintien** dans l'emploi et la fromation		

11. MISE A DISPOSITION DE MATERIEL DE PREVENTION

Notes : Le calcul du nombre des matériels de prévention, (Seringues ; Kit injection, Préservatifs hommes, Préservatifs femmes, Brochures et matériels d'information, Container de récupération de seringues et Jetons…), mis à disposition des usagers peut se faire à travers une gestion des stocks de ces matériels (il n'est ainsi pas nécessaire de comptabiliser les nombres de matériels délivrés à chaque usager. Suggestion :

Total du nombre d'unités acquises (achetées ou obtenues) – le nombre des unités restant non distribuées au 31 décembre = nombre des unités distribuées

Récupération des seringues usagées :

Pour calculer le nombre de seringues utilisées récupérées, la méthode suivante peut être utilisée :
Etape 1 : Remplir au fur et à mesure des containers de 1 litre (ce container contient approximativement 55 seringues) ;
Etape 2 : multiplier, à la fin de l'année, le nombre de containers utilisés au cours de l'année par 55.
Pour le cas des containers ayant des dimensions différentes, il faut faire des estimations sur la base équivalent 1 litre (container 0,50 litre = 27 seringues ; 2 litre = 110 seringue etc...

	Matériel	Nombre		Matériel	Nombre
Trousses d'injection délivrées par automates	Kits +		Filtres stériles	Stérifilt®	
	Steribox®			Autre	
	KAP		Cupules stériles de chauffe et de dilution	Stéricup®	
Trousses d'injections délivrées par les équipes du CAARUD	Kits +			Autre	
	Steribox®		Eau PPI (fiole plastique de 5 ml)		
	KAP		Tampons alcoolisés		
Jetons distribués			Matériel de sniff	"Roule ta paille"	
Seringues distribuées à l'unité par les équipes (hors kits)	1 cc			Sérum physiologique	
	2 cc			Autre	
	autre contenance précisez:		Matériel pour fumer le crack	Doseur	
Préservatifs et gels	Masculins			Embouts	
	Féminins			Autre, précisez:	
	Gels lubrifiants		Autre matériel, précisez:		
Ethylotests			Brochures et matériels d'information		

PES en pharmacie					
		Nombre			Nombre
Pharmacies partenaires			Jetons		
Kits livrés aux pharmaciens	Kits +		Flyers		
	Steribox®		Autre, précisez:		

Récupération de matériels usagés			
Nombre de seringues usagées récupérées (1 litre = 55 seringues approximativement)		Récupérateurs de seringues mis à disposition (équivalent 1 litre)	

12. MEDIATION SOCIALE

Indiquez si vous avez assuré des actions de médiations en vue d'assurer une bonne intégration dans le quartier et prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues

Avec : Autorités locales (communes, services sanitaires et sociaux)		Avec réseaux de soin (médecins, pharmaciens…)	
Avec la police		Avec les riverains	
Autre 1 - Précisez :		Autre 2 - Précisez :	

13. Indiquez le cas échéant des activités menées par votre structure financées dans le cadre du CAARUD et non décrites dans ce rapport

14. QUESTIONNAIRE RELATIF AU SUIVI DE LA MESURE DU PLAN NATIONAL CONTRE LES HÉPATITES B ET C 2009-2012 VISANT À INCITER LES USAGERS DE DROGUE AU DÉPISTAGE ET À LA VACCINATION

Nombre **d'usagers** ayant bénéficié d'un dépistage gratuit de l'hépatite B dans l'année :

Nombre **d'usagers** ayant bénéficié d'un seul dépistage gratuit de l'hépatite C dans l'année :

Nombre **d'usagers** ayant bénéficié de dépistages répétés gratuits de l'hépatite C (plus de 1 dans l'année) :

Nombre **d'usagers** ayant débuté une vaccination anti-VHB :

Nombre **d'usagers** ayant bénéficié du schéma vaccinal complet anti-VHB :

15. PARTICIPATION AU DISPOSITIF DE VEILLE A LA RECHERCHE, A LA PREVENTION ET A LA FORMATION SUR L'EVOLUTION DES PRATIQUES DES USAGERS.

Conformément à l'article R.3121-33-2 les CAARUD participent au dispositif de veille enb matière de drogues et de toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers.

Par votre contact direct avec les usagers de drogues, vous constituez des observateurs privilégiés des changements intervenant en matière de drogues. À ce titre, le décret CAARUD vous investit d'une mission de veille. Croisée avec d'autres sources d'information, cette veille doit contribuer à orienter et à concevoir les réponses des pouvoirs publics à l'échelle locale, régionale et nationale, en matière de prise en charge, d'offre de soin et de prévention destinées à cette population.

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous constaté, parmi les personnes fréquentant votre structure, des phénomènes marquants ou des évolutions notables (expliquer pourquoi et comment ces changements sont intervenus). En l'absence d'éléments explicatifs, vous pouvez faire des hypothèses :

1. **Les produits** : décrire la forme (poudre, liquide, comprimés spray, etc.), la couleur, le conditionnement (paquet en papier, boulette, paquet en plastique, etc.); citer les différentes appellations et le contenu supposé ; la disponibilité (présence globale du produit dans un espace géographique donné) ; prix de vente généralement observé...

2. **Profil de consommateurs** ou changement notable dans le profil des usagers rencontrés : Par nouveau profil, il faut entendre un groupe plus ou moins homogène au moins sur un aspect : âge (adolescents, jeunes, adultes entre 30 et 40 ans, etc.), lieu d'habitation (banlieue, cité, centre ville), une caractéristique culturelle, origine géographique (Europe de l'Est, Asie, etc.), mode de vie (errant, sédentaire, squat, etc.), type d'activité professionnelle (transports routiers, restauration, show-business, etc.).

3. **Les modes d'administration** ou **l'association de produits**. Quels sont les effets recherchés et ressentis par le biais de ce mode d'administration ou de cette association ?

4. **Les problèmes de santé** marquants liés ou non à l'usage de produits (OD, abcès, problèmes psychiatriques, etc.).

5. **Les problèmes sociaux** marquants (marginalisation, chômage, pauvreté, violence, délinquance, etc.).

6. Autres éléments marquants non mentionnés dans les questions 1 à 5 précédentes (cela peut être en lien avec le contexte local, les politiques publiques, les usagers, le trafic de drogues, le dispositif de prise en charge et de soins etc.)

7. Veille sur trois produits : les personnes accueillies dans les CAARUD sont majoritairement consommateurs des trois produits suivants : **Subutex (et générique), cocaïne et héroïne**. Pour chacun de ces trois produits indiquer leur **disponibilité perçue** (niveau de présence globale de la substance dans un espace géographique donné) et leur **prix** (prix du gramme ou de l'unité généralement observé sur un espace géographique donné). Ces trois questions permettent d'assurer une veille régulière sur les trois principaux produits aujourd'hui consommés par les personnes reçues dans les CAARUD

Disponibilité et prix du Subutex (et générique) :

Disponibilité et prix de la cocaïne :

Disponibilité et prix de l'héroïne :

Fin du rapport ASA CAARUD

merci pour le temps que vous y avez concacré

ANNEXE 11

ENQUÊTE RELATIVE À LA CAMPAGNE DE TARIFICATION 2016 DISPOSITIF CSAPA-CAARUD

Région	Département	Catégorie de structure	Personne morale gestionnaire de la structure	Dénomination de la structure le cas échéant	Commune d'implantation	File active 2017	Capacité installée au 31/12/2017 *	Base budgétaire reconductible au 31/12/2017 (1) (€)	Effet année pleine des mesures nouvelles 2017 (2)	base reconductible au 01/01/2018 (1) + (2)	Actualisation du budget reconductible accordé à la structure en 2018 (€)	Actualisation du budget reconductible accordée à la structure en 2018 (%)	total base reconductible 2018 + actualisation (3)
										- €		#DIV/0!	- €
										- €		#DIV/0!	- €
										- €		#DIV/0!	- €
										- €		#DIV/0!	- €
										- €		#DIV/0!	- €
										- €		#DIV/0!	- €
										- €		#DIV/0!	- €
										- €		#DIV/0!	- €
										- €		#DIV/0!	- €
										- €		#DIV/0!	- €
										- €		#DIV/0!	- €
										- €		#DIV/0!	- €
										- €		#DIV/0!	- €
										- €		#DIV/0!	- €
										- €		#DIV/0!	- €
										- €		#DIV/0!	- €
										- €		#DIV/0!	- €
										- €		#DIV/0!	- €
										- €		#DIV/0!	- €
										- €		#DIV/0!	- €
										- €		#DIV/0!	- €
										- €		#DIV/0!	- €
										- €		#DIV/0!	- €
										- €		#DIV/0!	- €
										- €		#DIV/0!	- €
										- €		#DIV/0!	- €
										- €		#DIV/0!	- €
										- €		#DIV/0!	- €
										- €		#DIV/0!	- €
										- €		#DIV/0!	- €
										- €		#DIV/0!	- €
										- €		#DIV/0!	- €
										- €		#DIV/0!	- €
										- €		#DIV/0!	- €
										- €		#DIV/0!	- €
										- €		#DIV/0!	- €
										- €		#DIV/0!	- €
			TOTAUX					- €	- €	- €	- €	#DIV/0!	- €

Mesures nouvelles 2018 accordées en pérenne (4) (€)	Utilisation des mesures nouvelles 2018	Commentaires sur l'utilisation des mesures nouvelles 2018	Crédits reconductibles attribués en 2018 (3) + (4)	Crédits non reconductibles (CNR) accordés en 2018 (5) (€)	Provenance des CNR 2018	Utilisation des CNR 2018	Commentaires sur l'utilisation des CNR 2018	reprise de résultat : déficit (-)/ excédent (+) (6)	Recettes en atténuation autorisées au titre de l'exercice 2018 (7)	produits de la tarification attribués au titre de l'année 2018 (3) + (4) + (5) - (6) - (7)
			- €							- €
			- €							- €
			- €							- €
			- €							- €
			- €							- €
			- €							- €
			- €							- €
			- €							- €
			- €							- €
			- €							- €
			- €							- €
			- €							- €
			- €							- €
			- €							- €
			- €							- €
			- €							- €
			- €							- €
			- €							- €
			- €							- €
			- €							- €
			- €							- €
			- €							- €
			- €							- €
			- €							- €
			- €							- €
			- €							- €
			- €							- €
			- €							- €
			- €							- €
			- €							- €
			- €							- €
			- €							- €
			- €							- €
			- €							- €
			- €							- €
			- €							- €
			- €							- €
- €			- €	- €				- €	- €	- €

Besoins 2019 **						Besoins 2020 **						Commentaires/ Observations
Crédits pérennes			Crédits non reconductibles			Crédits pérennes			Crédits non reconductibles			
Objet	Montant (€)	Détail du besoin / projet / action	Objet	Montant (€)	Détail du besoin / projet / action	Objet	Montant (€)	Détail du besoin / projet / action	Objet	Montant (€)	Détail du besoin / projet / action	
	- €			- €			- €			- €		

* A ne remplir que si la capacité de la structure est exprimée en nombre de lits ou de places

** Indiquez les besoins pour chaque structure. Pour des besoins ne se rapportant pas à des structures existantes, ajoutez une ligne et précisez (en particulier le département quand il s'agit d'une création de nouvelle structure).

Enquête relative à la campagne de tarification pour 2016 – Dispositif ACT

Région	Département	Catégorie de structure	Personne morale gestionnaire de la structure	Dénomination de la structure le cas échéant	Capacité installée au 31/12/2017 *	Base budgétaire reconductible au 31/12/2017 (1) (€)	Effet année pleine des mesures nouvelles 2017 (2)	base reconductible au 01/01/2018 (1) + (2)	Actualisation du budget reconductible accordée à la structure en 2018 (€)	Actualisation du budget reconductible accordé à la structure en 2018 (%)	total base reconductible 2018 + actualisation (3)
								- €		#DIV/0!	- €
								- €		#DIV/0!	- €
								- €		#DIV/0!	- €
								- €		#DIV/0!	- €
								- €		#DIV/0!	- €
								- €		#DIV/0!	- €
								- €		#DIV/0!	- €
								- €		#DIV/0!	- €
								- €		#DIV/0!	- €
								- €		#DIV/0!	- €
								- €		#DIV/0!	- €
								- €		#DIV/0!	- €
								- €		#DIV/0!	- €
								- €		#DIV/0!	- €
								- €		#DIV/0!	- €
								- €		#DIV/0!	- €
								- €		#DIV/0!	- €
								- €		#DIV/0!	- €
								- €		#DIV/0!	- €
								- €		#DIV/0!	- €
								- €		#DIV/0!	- €
								- €		#DIV/0!	- €
								- €		#DIV/0!	- €
								- €		#DIV/0!	- €
								- €		#DIV/0!	- €
								- €		#DIV/0!	- €
								- €		#DIV/0!	- €
								- €		#DIV/0!	- €
								- €		#DIV/0!	- €
								- €		#DIV/0!	- €
								- €		#DIV/0!	- €
								- €		#DIV/0!	- €
								- €		#DIV/0!	- €
								- €		#DIV/0!	- €
								- €		#DIV/0!	- €
								- €		#DIV/0!	- €
								- €		#DIV/0!	- €
TOTAUX						- €	- €	- €	- €	#DIV/0!	- €

Mesures nouvelles 2018 accordées en pérenne (4) (€)	Utilisation des mesures nouvelles 2018	Commentaires sur l'utilisation des mesures nouvelles 2018	Crédits reconductibles attribués en 2018 (3) + (4)	Crédits non reconductibles (CNR) accordés en 2018 (5) (€)	Provenance des CNR 2018	préciser l'objet de l'utilisation des CNR 2018 (Investissement, financement d'études, action innovantes, travaux, déménagement,…)	reprise de résultat : déficit (-)/ excédent (+) (6)	Recettes en atténuation autorisées au titre de l'exercice 2018 (7)	produits de la tarification attribués au titre de l'année 2018 (3) + (4) + (5) - (6)-(7)	Commentaires/ Observations	BESOINS ACT en 2019	BESOINS ACT en 2020
			- €						- €			
			- €						- €			
			- €						- €			
			- €						- €			
			- €						- €			
			- €						- €			
			- €						- €			
			- €						- €			
			- €						- €			
			- €						- €			
			- €						- €			
			- €						- €			
			- €						- €			
			- €						- €			
			- €						- €			
			- €						- €			
			- €						- €			
			- €						- €			
			- €						- €			
			- €						- €			
			- €						- €			
			- €						- €			
			- €						- €			
			- €						- €			
			- €						- €			
			- €						- €			
			- €						- €			
			- €						- €			
			- €						- €			
			- €						- €			
			- €						- €			
			- €						- €			
			- €						- €			
			- €						- €			
			- €						- €			
			- €						- €			
			- €						- €			
- €			- €	- €			- €	- €	- €			

* A ne remplir que si la capacité de la structure est exprimée en nombre de lits ou de places

Enquête relative à la campagne de tarification pour 2016 – Dispositifs LAM-LHSS

Région	Département	Catégorie de structure (menu déroulant : LAM ou LHSS) *	Personne morale gestionnaire de la structure	Dénomination de la structure le cas échéant	Commune d'implantation	Capacité installée au 31/12/2017	Base budgétaire reconductible au 31/12/2017 (1) (€)	Effet année pleine des mesures nouvelles 2017 (2)	base reconductible au 01/01/2018 (1) + (2)	Actualisation du budget reconductible accordé à la structure en 2018 (€)	Actualisation du budget reconductible accordée à la structure en 2018 (%)	total base reconductible 2018 + actualisation (3)
									- €		#DIV/0!	- €
									- €		#DIV/0!	- €
									- €		#DIV/0!	- €
									- €		#DIV/0!	- €
									- €		#DIV/0!	- €
									- €		#DIV/0!	- €
									- €		#DIV/0!	- €
									- €		#DIV/0!	- €
									- €		#DIV/0!	- €
									- €		#DIV/0!	- €
									- €		#DIV/0!	- €
									- €		#DIV/0!	- €
									- €		#DIV/0!	- €
									- €		#DIV/0!	- €
									- €		#DIV/0!	- €
									- €		#DIV/0!	- €
									- €		#DIV/0!	- €
									- €		#DIV/0!	- €
									- €		#DIV/0!	- €
									- €		#DIV/0!	- €
									- €		#DIV/0!	- €
									- €		#DIV/0!	- €
									- €		#DIV/0!	- €
									- €		#DIV/0!	- €
									- €		#DIV/0!	- €
									- €		#DIV/0!	- €
									- €		#DIV/0!	- €
									- €		#DIV/0!	- €
									- €		#DIV/0!	- €
									- €		#DIV/0!	- €
									- €		#DIV/0!	- €
									- €		#DIV/0!	- €
									- €		#DIV/0!	- €
									- €		#DIV/0!	- €
									- €		#DIV/0!	- €
									- €		#DIV/0!	- €
									- €		#DIV/0!	- €
TOTAUX							- €	- €	- €	- €	#DIV/0!	- €

Mesures nouvelles 2018 accordées en pérenne (4) (€)	Crédits reconductibles attribués en 2018 (3) + (4)	Crédits non reconductibles (CNR) accordés en 2018 (5) (€)	Provenance des CNR 2018	préciser l'objet de l'utilisation des CNR 2018 (Investissement, financement d'études, action innovantes, travaux, déménagement,...)	reprise de résultat : déficit (-)/ excédent (+) (6)	Recettes en atténuation autorisées au titre de l'exercice 2018 (7)	produits de la tarification attribués au titre de l'année 2018 (3) + (4) + (5) - (6)-(7)	Capacité installée au 31/12/18
	- €						- €	
	- €						- €	
	- €						- €	
	- €						- €	
	- €						- €	
	- €						- €	
	- €						- €	
	- €						- €	
	- €						- €	
	- €						- €	
	- €						- €	
	- €						- €	
	- €						- €	
	- €						- €	
	- €						- €	
	- €						- €	
	- €						- €	
	- €						- €	
	- €						- €	
	- €						- €	
	- €						- €	
	- €						- €	
	- €						- €	
	- €						- €	
	- €						- €	
	- €						- €	
	- €						- €	
	- €						- €	
	- €						- €	
	- €						- €	
	- €						- €	
	- €						- €	
	- €						- €	
	- €						- €	
	- €						- €	
	- €						- €	
	- €						- €	
	- €						- €	
	- €						- €	
	- €						- €	
	- €						- €	
	- €						- €	
- €	- €	- €			- €	- €	- €	

Besoins 2019 **			Besoins 2020 **			Commentaires/ Observations
Nombre de lits	Détail du besoin / nature du projet	Extension ou création (menu déroulant)	Nombre de lits	Détail du besoin / nature du projet	Extension ou création (menu déroulant)	
- €			- €			

* Dans l'hypothèse d'une structure portant à la fois des lits LAM et LHSS, merci de remplir deux lignes : une par dispositif

** Indiquez les besoins pour chaque structure. Pour des besoins ne se rapportant pas à des structures existantes, ajoutez une ligne et précisez (en particulier le département quand il s'agit d'une création de nouvelle structure).

SOLIDARITÉS

ACTION SOCIALE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Direction générale de la cohésion sociale

Sous-direction de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées

Bureau des droits et des aides

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Direction établissements et services médico-sociaux

Pôle programmation de l'offre à la compensation (3C)

Instruction n° DGCS/3C/CNSA/2018/126 du 22 mai 2018 relative au financement des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations (CREAI) en faveur des personnes en situation de vulnérabilité en 2018

NOR : *SSAA1813689J*

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 27 avril 2018. – Visa CNP 2018-33.

Examinée par le COMEX JSCS le 12 avril 2018.

Résumé : la présente instruction a pour objet de préciser le montant des crédits délégués par l'État et la CNSA pour le financement des CREAI en 2018 et d'indiquer les orientations de leur utilisation.

Mots clés : CREAI, financement, observation, schémas d'organisation sociale et médico-sociale, handicap, offre sociale et médico-sociale.

Références :

Article L. 312-4 du code de l'action sociale et des familles, modifié par l'article 78 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;

Article 73 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles ;

Arrêté du 22 janvier 1964 portant institution d'un centre technique national pour l'enfance et l'adolescence inadapté et de centres régionaux ;

Circulaire n° DGCS/SD3A/2011/103 du 17 mars 2011 relative à la répartition de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des agences régionales de santé prévue au VI de l'article 85 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 et au financement des CREAI ;

Instruction n° SG/2011/08 du 11 janvier 2011 relative à l'organisation des relations entre les agences régionales de santé et les services déconcentrés de la cohésion sociale, de la jeunesse et des sports ;

Instruction n° DGCS/3C/CNSA/2015/138 du 24 avril 2015 relative au financement des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations (CREAI) en faveur des personnes en situation de vulnérabilité en 2015 ;

Instruction n° DGCS/3C/CNSA/2016/209 du 24 juin 2016 relative au financement des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations (CREAI) en faveur des personnes en situation de vulnérabilité en 2016 ;

Instruction n° DGCS/SD3C/CNSA/2017/239 du 28 juillet 2017 relative au financement des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations (CREAI) en faveur des personnes en situation de vulnérabilité en 2017.

Annexe : montants des dotations régionales affectées au financement des CREAI en 2018.

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 ; Mesdames et Messieurs les préfets de région ; 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 outre-mer (pour attribution).

La présente instruction a pour objet de préciser les modalités de répartition et d'utilisation des crédits délégués par la Direction générale de la cohésion sociale – dans le cadre du Programme 157 « Handicap dépendance » du budget de l'État – et par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie – dans le cadre de l'article 73 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 –, pour le financement des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI) en 2018.

1. **Contexte et perspectives du réseau des CREAI**

Le réseau des CREAI s'est engagé collectivement dans des rapprochements et des fusions afin de s'adapter au nouveau découpage régional issu de la loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, dans l'objectif de disposer d'un CREAI unique pour chaque nouvelle région. Cette mise en cohérence de la structuration du réseau des CREAI avec la configuration des nouvelles régions est achevée, avec un CREAI pour chaque nouvelle région métropolitaine.

Au titre de l'exercice 2017, deux conventions annuelles de financement ont été signées entre l'Association Nationale des CREAI (ANCREAI) et la CNSA d'une part, et entre l'ANCREAI et l'État (la DGCS) d'autre part, pour le financement des activités de coordination de l'ANCREAI.

2. **Le financement des CREAI en 2018**

Les crédits nationaux affectés au financement du fonctionnement des CREAI, portés tant sur le budget de l'État par le programme 157 « Handicap et dépendance » de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances », que sur la section V du budget de la CNSA, ont été stables depuis 2015 après une augmentation en 2013 et 2014. Ils étaient d'un montant égal pour l'État et la CNSA pour un montant total de 1,56 M€, avant réserve de précaution sur les crédits État.

Pour 2017, l'enveloppe du programme 157 effectivement répartie était d'un montant de 677 600 €, au lieu de 780 000 € prévu en loi de finances pour 2017, compte tenu de l'application du taux de mise en réserve initiale de 8 % et des mesures de redéploiement internes au programme décidées en cours de gestion. Ces mesures ont toutefois garanti une dotation stabilisée par rapport aux deux exercices précédents.

Pour 2018, les crédits alloués au programme 157 affectés au financement des CREAI ont été fixés à 625 000 € pour 2018, en baisse par rapport à 2017. La réserve de précaution est en revanche plus restreinte, à un taux de 3 %. Ainsi, l'enveloppe pour 2018 du programme 157 effectivement répartie s'élève à 606 250 €. L'enveloppe allouée par la CNSA au financement des CREAI s'élève quant à elle à 780 000 €.

Il a néanmoins été décidé de mener sur l'année 2018 les travaux nécessaires pour tirer les conséquences sur le montant des dotations de la réorganisation du réseau et de la fusion des CREAI, en vue d'une application en 2019. Dans l'attente, les montants qui vous sont attribués pour 2018 découlent de l'application des mêmes taux de répartition de l'enveloppe globale entre chaque ARS que ceux constatés en 2016 et 2017.

Vous trouverez en annexe la répartition des enveloppes respectives de l'État et de la CNSA telle qu'elle résulte de l'ensemble de ces éléments. Ces contributions peuvent bien entendu, compte tenu et en fonction de votre intérêt et de vos besoins, être complétées sur vos crédits propres.

L'attribution d'une subvention aux CREAI est subordonnée au respect des principes et des orientations du cahier des charges annexé à l'instruction n° DGCS/3C/CNSA/2015/138 du 24 avril 2015 ou à l'engagement du CREAI dans un processus visant à se mettre en conformité avec eux selon des modalités et dans des délais qui vous paraissent acceptables.

Comme les années précédentes depuis 2014, l'ARS est l'unique délégataire des crédits nationaux mais l'utilisation des crédits du programme 157 devra prendre en compte les attentes et les besoins des DRJSCS. La subvention doit donc s'inscrire dans le cadre d'une convention d'objectifs, associant si elle le souhaite la DRJSCS, 40 % de l'enveloppe du Programme 157 étant prioritairement affectée à des actions du CREAI l'intéressant.

3. **Orientations nationales pour 2018**

Les orientations, dans la continuité de celles de l'année précédente, sont prioritairement les suivantes :

- l'accompagnement des acteurs (sensibilisation, formation, conduite du changement, conseil) pour la mise en œuvre de la transformation de l'offre médico-sociale, dans une logique inclusive s'agissant des personnes handicapées, dans le cadre de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous », et en cohérence avec les orientations de vos Projets régionaux de santé (cet axe notamment pourra justifier des travaux conjoints entre CREAI et ORS en vue de favoriser une approche décloisonnée des problématiques et des solutions) ;
- la conduite d'études visant une meilleure connaissance des publics mais également de l'offre médico-sociale, notamment à travers l'exploitation et l'analyse fine des données issues de l'enquête ES PH 2014, et la réalisation de diagnostics, d'enquêtes, ou encore le déploiement de l'outil « Panorama régional des données du handicap » formalisé par l'ANCREAI et déjà expérimenté par certaines régions comme la Nouvelle Aquitaine, la Provence Alpes Côtes d'Azur ou la Corse, etc. ;
- la réalisation de travaux d'évaluation de dispositifs, ou d'actions de l'ARS ;
- le soutien méthodologique dans la mise en œuvre d'enquêtes ou dans le déploiement de plans et/ou de programmes ;
- dans le champ de la protection juridique des majeurs, la mise en œuvre des schémas régionaux et l'accompagnement des acteurs des secteurs concernés.

Vous pouvez bien entendu mobiliser les CREAI sur d'autres thèmes et d'autres actions en fonction de vos besoins et priorités régionaux et de leurs compétences.

*
* *

Nos services sont à votre disposition pour tout complément d'information sur les points évoqués dans la présente instruction. Vous voudrez bien les alerter de toute difficulté particulière concernant sa mise en œuvre, les informer dans l'hypothèse où vous envisageriez de ne pas attribuer l'intégralité des crédits prévus au CREAI, et leur transmettre les conventions signées en 2016, 2017 et 2018, les éléments intéressants sur les actions des CREAI financées les années passées ainsi que les perspectives pour 2018 et 2019, afin de favoriser la capitalisation et la mutualisation des travaux et que nous puissions rendre compte de l'utilisation des crédits.

Pour la ministre et par délégation :

Le directeur général de la cohésion sociale,
J.-Ph. VINQUANT

La directrice de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie,
A. BURSTIN

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

ANNEXE

RÉPARTITION DES CRÉDITS CREAI 2018 (CNSA ET DGCS) ENTRE LES ARS

	CRÉDITS 2018 (DGCS + CNSA)	CNSA	DGCS	DONT DRJSCS (40 % enveloppe DGC)
Grand Est	153 181 €	86 190 €	66 991 €	*26 796 €*
Nouvelle-Aquitaine	160 035 €	90 047 €	69 988 €	*27 995 €*
Auvergne - Rhône-Alpes	152 141 €	85 605 €	66 536 €	*26 614 €*
Normandie	89 312 €	50 253 €	39 059 €	*15 624 €*
Bourgogne - Franche-Comté	91 513 €	51 492 €	40 021 €	*16 008 €*
Bretagne	67 307 €	37 871 €	29 436 €	*11 774 €*
Centre-Val de Loire	68 463 €	38 522 €	29 941 €	*11 976 €*
Corse	26 041 €	14 652 €	11 389 €	*4 556 €*
Île-de-France	128 218 €	72 144 €	56 074 €	*22 430 €*
Occitanie	123 640 €	69 568 €	54 072 €	*21 629 €*
Hauts-de-France	123 797 €	69 657 €	54 140 €	*21 656 €*
Pays de la Loire	72 225 €	40 639 €	31 586 €	*12 634 €*
PACA	82 321 €	46 320 €	36 001 €	*14 400 €*
Océan Indien	48 056 €	27 040 €	21 016 €	*8 406 €*
Total régions	1 386 250 €	780 000 €	606 250 €	*242 498 €*

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Décision du 25 avril 2018 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 2018

NOR : *SSAS1830430S*

Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie,

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 7 novembre 2017,

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 2018, les candidats dont les noms suivent :

Section médecine

1 ALGLAVE (Sophie).
2 ARCIZET (Geneviève).
3 ATTAL (Gilles).
4 AZAM (Fabien).
5 BARO (Emilie).
6 BERNABEU (Nicolas).
7 BUENO (Fabien).
8 CANDILLIER (Céline).
9 CARRIN-MAUDET, née CARRIN (Catherine).
10 CHANTRE, née BARRERE (Chloé).
11 CHARLES (Vanessa).
12 CHAUVET (Philippe).
13 COLLINEAU, née MORINIERE (Christine).
14 DANNAOUI (Joël).
15 DAVILLER (Benjamin).
16 DE BERAIL (Ambre).
17 DEKNACHE (Stéphane).
18 EL FAROUKI (Kamal).
19 ELOUNDOU, née ELOUNDOU NGA (Claire).
20 FORNAS, née PELMOINE (Laurence).
21 FOUGEROUSE (Pierre-Antoine).
22 GAILLANDRE, née CLEACH (Christine).

23 GAUSSENS, née HOSTE (Nathalie).
24 GHARBI-GHODHBANE, née GHARBI (Chems).
25 GIACOMINI (Thierry).
26 GODIN-BLANDEAU, née GODIN (Elodie).
27 GOLDSTEIN-CHEMLA, née GOLDSTEIN (Laurence).
28 GRANGERET (Nathalie).
29 HAMEREL-CHUPIN, née CHUPIN (Delphine).
30 HAVEZ – RODRIGO, née HAVEZ (Maryvonne).
31 HENAUX (Pierre-Louis).
32 HUMBERT-JUIGNET, née HUMBERT (Béatrice).
33 HURE (Florent).
34 JAMET (Déborah).
35 JOANDREA (Lucian).
36 JOUFFROY-RIETHMULLER, née JOUFFROY (Sylvie).
37 LACROIX, née MORDASZEWSKI (Valérie).
38 LAGATHU-SETIN, née LAGATHU (Gisèle).
39 LANNOOTE, née DELMOTTE (Coralie).
40 LE GALLO (Jeanne).
41 LE GOFF (Nicolas).
42 LEFEVRE (Philippe).
43 LEGOUPIL (Clémence).
44 LOPEZ-RUIZ (Cyril).
45 LOUSTAUNAU (Emmanuelle).
46 MARTY, née FLEURY (Coralie).
47 MAUJEAN (Géraldine).
48 MAYELO (Victor).
49 MECHAIN (Matthieu).
50 PATON (Fabrice).
51 PIOLAT (Viviane).
52 PRESTAT (Catherine).
53 RICHAUD-EYRAUD (Elsa).
54 ROGER (Amaury).
55 ROLLAND (Patricia).
56 ROSSI (Antoine).
57 SAGOT (Corinne).
58 SAINTE-CROIX (Damien).
59 SHARSHAR, née VUILLOD (Io).
60 SIGNORETTI, née PEQUIN (Karine).
61 SPEHNER (Viviane).
62 TOULOUSE (Olivia).
63 VICENTE, née VYTOPILOVA (Pavla).
64 VILLAFRANCA (Ingrid).
65 YAMANI, née YAMANI PEFEUDJIE (Estelle).

Fait le 25 avril 2018.

NICOLAS REVEL

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Liste des agents de contrôle « enquêteurs AT-MP » – branche accidents du travail et maladies professionnelles de l'assurance maladie – 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 : *SSAX1830434K*

2e semestre 2017 – 1er semestre 2018

NOM	PRÉNOM	DATE de naissance	CPAM/CGSS	DATE d'assermentation	DATE de délivrance de l'agrément définitif
GUEVILLE	Florence	16/06/1972	CPAM ROUEN-ELBEUF-DIEPPE	04/09/2017	27/10/2017
CLAVEL	Stéphanie	18/08/1974	CPAM DE L'AUDE	10/10/2017	27/10/2017
BRIDIER	Stephane	01/09/1975	CPAM HAUTE-VIENNE	11/09/2017	27/10/2017
PECORARO	Vénonique	30/07/1977	CPAM DU RHÔNE	26/09/2017	27/10/2017
BARTALENA	Déborah	19/03/1988	CPAM DU CHER	28/09/2017	27/10/2017
MATHIS	Wendy	01/03/1983	CPAM SEINE-ET-MARNE	06/10/2017	27/10/2017
DOUSSET	Aurélie	29/06/1987	CPAM VAUCLUSE	03/10/2017	27/10/2017
GOBERT	Vanessa	18/10/1981	CPAM PARIS	19/12/2017	27/10/2017
HUSSE	Magali	10/09/1974	CPAM HAUTE-GARONNE	19/01/2016	27/10/2017
DAUDENET	Frédérique	31/10/1968	CPAM DE LA LOIRE	05/09/2017	30/10/2017
DA SILVA	Delphine	13/12/1979	CPAM DES ARDENNES	16/10/2017	30/10/2017
GUICHERD	Adeline	29/01/1980	CPAM DU RHÔNE	26/09/2017	30/10/2017
GUENIER	Nathalie	22/06/1987	CPAM DU RHÔNE	26/09/2017	30/10/2017
GACEPON	Melinda	19/09/1977	CPAM DU CALVADOS	03/10/2017	30/10/2017
CHOUARAN	Chrystelle	19/07/1972	CPAM ILLE-ET-VILAINE	23/10/2017	30/10/2017
SAMUEL	Benoît	26/12/1977	CPAM HAUTE-GARONNE	28/09/2017	30/10/2017
GALINIER	Guylaine	14/01/1960	CPAM DU TARN	06/11/2017	30/10/2017
CHERIAN	Kamil	12/01/1984	CPAM SEINE-SAINT-DENIS	20/11/2017	30/10/2017
SABY	Françoise	24/02/1959	CPAM PUY-DE-DÔME	03/10/2017	30/10/2017
MARTIN	Emmanuelle	21/03/1981	CPAM DE L'OISE	13/11/2017	30/10/2017
PHELIPOT	Nathalie	20/12/1970	CPAM DES DEUX-SÈVRES	09/05/2018	21/06/2018
POLIN	Mickaël	13/08/1987	CPAM DES CÔTES-D'ARMOR	06/02/2018	21/06/2018
PADOVANI	Emmanuelle	18/08/1978	CPAM DE CORSE-DU-SUD	26/06/2018	21/06/2018
HUITOREL	Philippe	12/09/1962	CPAM DES YVELINES	21/03/2018	21/06/2018
RENARD	Nathalie	18/09/1965	CPAM DES YVELINES	21/03/2018	21/06/2018
LOUVIERS	Lynda	22/01/1982	CPAM DES HAUTS-DE-SEINE	29/05/2018	21/06/2018
SCOTTO LA CHIANCA	Olivier	22/09/1976	CPAM DU VAUCLUSE	13/03/2018	21/06/2018

NOM	PRÉNOM	DATE de naissance	CPAM/CGSS	DATE d'assermentation	DATE de délivrance de l'agrément définitif
CANDELAY	Cindy	16/06/1970	CPAM DE LA VIENNE	04/05/2018	21/06/2018
DUSART	Caroline	07/01/1974	CPAM DU DOUBS	06/02/2018	21/06/2018
ALAVOINE	Nathalie	08/01/1969	CPAM DE LOIRE-ATLANTIQUE	19/12/2017	21/06/2018
THIRIET	François	03/10/1973	CPAM DE LOIRE-ATLANTIQUE	19/12/2017	21/06/2018
LEBOURG	Evelyne	17/06/1962	CPAM ROUEN-ELBEUF-DIEPPE	22/02/2018	21/06/2018
MESBAH	Linda	29/11/1968	CPAM PARIS	20/03/2018	21/06/2018