MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Liberté
Égalité
Fraternité

Bulletin officiel

Santé
Protection sociale
Solidarité

N° 10

29 avril 2022

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : FRANCIS LE GALLOU, DIRECTEUR DES FINANCES, DES ACHATS ET DES SERVICES
RÉDACTEUR EN CHEF : PATRICE LORIOT, ADJOINT À LA SOUS-DIRECTRICE DES SERVICES GÉNÉRAUX ET DE L'IMMOBILIER
RÉALISATION : SGMCAS - DFAS - BUREAU DE LA POLITIQUE DOCUMENTAIRE
14 AVENUE DUQUESNE - 75350 PARIS 07 SP - MÉL. : DFAS-SGI-DOC-BO@SG.SOCIAL.GOUV.FR

Sommaire chronologique

24 février 2022

INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGOS/RH1/DGESIP/2022/51 du 24 février 2022 relative au développement des stages en ambulatoire pour les étudiants en deuxième et troisième cycles des études de médecine.

15 mars 2022

Délibération n° 2022-01 du 15 mars 2022 adoptant le compte financier 2021 du Centre national de gestion et portant affectation du résultat 2021.

18 mars 2022

NOTE D'INFORMATION N° DGS/SP/DGOS/DGCS/DSS/SGMCAS/INCA/2022/111 du 18 mars 2022 relative au dispositif de pilotage et de suivi des feuilles de route régionales de la stratégie décennale de lutte contre le cancer.

24 mars 2022

INSTRUCTION N° DGCS/SD5B/DSS/SD1A/CNSA/DESMS/2022/81 du 24 mars 2022 relative aux orientations de la troisième phase de campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées pour l'exercice 2021.

25 mars 2022

NOTE D'INFORMATION INTERMINISTERIELLE N° DSS/2A/DB/2022/89 du 25 mars 2022 relative à la prise en charge des frais de santé liés aux soins dispensés aux Ukrainiens et ressortissants d'Etat tiers résidant en Ukraine.

28 mars 2022

CIRCULAIRE N° CABINET/CNSA/DESMS/2022/115 du 28 mars 2022 relative au plan de rattrapage de l'offre personnes âgées dans les régions insulaires et ultramarines.

29 mars 2022

INSTRUCTION N° DGOS/R4/2022/85 du 29 mars 2022 relative au cadre juridique des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie et à la politique de réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention.

NOTE D'INFORMATION N° DGOS/RH3/2022/86 du 29 mars 2022 relative au dispositif de participation des établissements de santé à la constitution de droits à la retraite au bénéfice des personnels enseignants et hospitaliers titulaires mentionné à l'article 112 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006.

NOTE D'INFORMATION N° DGOS/RH3/2022/87 du 29 mars 2022 relative à la mise en place de dispositifs de conciliation locale dans les établissements de la fonction publique hospitalière.

31 mars 2022

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature.

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature.

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature.

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature.

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature.

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature.

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature.

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature.

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature.

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature.

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature.

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature.

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature.

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature.

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature.

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature.

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature.

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature.

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature.

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature.

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature.

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature.

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature.

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature.

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature.

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature.

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature.

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature.

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature.

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature.

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature.

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature.

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature.

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature.

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature.

1er avril 2022

INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DIPLP/DGOS/DIHAL/2022/96 du 1er avril 2022 relative au soutien psychologique des personnes en situation de grande précarité dans les centres d'hébergement et lieux d'accueil.

4 avril 2022

INSTRUCTION N° DGOS/R1/2022/93 du 4 avril 2022 relative aux consignes d'évolution des tarifs journaliers de prestations (TJP) applicables aux établissements de santé issus de la tarification nationale journalière des prestations (TNJP) au titre de l'année 2022.

5 avril 2022

INSTRUCTION N° DGOS/R2/2022/97 du 5 avril 2022 relative aux associations de médecins généralistes réalisant des visites à domicile en vue d'améliorer l'organisation de la réponse en journée des demandes de soins non programmés à domicile.

7 avril 2022

Décision du 7 avril 2022 portant délégation de signature et de pouvoir.

INSTRUCTION N° SGMCAS/Pôle Santé-ARS/2022/48 du 7 avril 2022 relative à la consultation du Fichier judiciaire national automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes (FIJAISV).

11 avril 2022

Arrêté du 11 avril 2022 portant inscription au titre de l'année 2022 au tableau d'avancement à la classe exceptionnelle des personnels de direction.

Arrêté du 11 avril 2022 portant inscription au titre de l'année 2022 au tableau d'avancement à l'échelon spécial de la classe exceptionnelle des personnels de direction.

12 avril 2022

INSTRUCTION N° DGOS/R4/2022/101 du 12 avril 2022 relative au cahier des charges des permanences d'accès aux soins de santé hospitalières (PASS).

INSTRUCTION N° DGOS/R4/DGCS/PEA/2022/103 du 12 avril 2022 relative au protocole-type de prise en charge des enfants présents lors d'un féminicide ou homicide au sein du couple.

Convention 12-363-DNUM-CSOC-0040 du 12 avril 2022 pour le financement du projet « Migration vers RIE V2 ».

INSTRUCTION N° SGMCAS/2022/106 du 12 avril 2022 relative à la déclinaison pour 2022 de la politique relative aux 1000 premiers jours de l'enfant.

13 avril 2022

INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGS/SDEA/DGPR/2022/80 du 13 avril 2022 relative à la définition et la mise en œuvre des plans régionaux santé environnement (PRSE).

14 avril 2022

Arrêté du 14 avril 2022 portant nomination des membres du jury du concours national d'internat en odontologie et du concours à titre européen en odontologie organisés au titre de l'année universitaire 2022-2023.

20 avril 2022

Convention 12-363-DNUM-CSOC-0041 du 20 avril 2022 pour le financement du projet « Archifiltre-Mails : analyser et trier les messageries ».

Non daté

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

GOUVERNEMENT
Liberté
Égalité
Fraternité

INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGOS/RH1/DGESIP/2022/51 du 24 février 2022 relative au développement des stages en ambulatoire pour les étudiants en deuxième et troisième cycles des études de médecine

Le ministre des solidarités et de la santé
La ministre de l'enseignement supérieur,
de la recherche et de l'innovation

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé
Mesdames et Messieurs les directeurs
des unités de formation et de recherche de médecine

Référence	NOR : SSAH2206434J (numéro interne : 2022/51)
Date de signature	24/02/2022
Emetteurs	Ministère des solidarités et de la santé Direction générale de l'offre de soins (DGOS) Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP)
Objet	Développement des stages en ambulatoire pour les étudiants en deuxième et troisième cycles des études de médecine.
Commande	Développer et diversifier l'offre de stages en ambulatoire, y compris en zones sous-denses.
Actions à réaliser	Utiliser l'ensemble des leviers pour développer et diversifier l'offre de stages en ambulatoire, y compris en zones sous-denses.
Echéance	Dès à présent et jusqu'en 2024
Contacts utiles	Sous-direction des ressources humaines du système de santé Bureau de la démographie et des formations initiales Sandrine JAUMIER et Vincent HEMERY Mél. : DGOS-RH1@sante.gouv.fr Service de la stratégie des formations et de la vie étudiante Département des formations de santé Jean-Christophe PAUL Mél. : secdgesipa1-4@enseignementsup.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	10 pages et 4 annexes (5 pages) Annexe 1 - Tableau des modifications règlementaires portant sur les stages des étudiants de 2ème et 3ème cycles auprès des PAMSU

	Annexe 2 - Fiche des conditions d'agrément et de maîtrise de stage universitaire – 2ème et 3ème cycles des études de médecine Annexe 3 - Fiche relative au versement d'indemnités aux PAMSU Annexe 4 - Exemple de convention de partenariat
Résumé	L'instruction rappelle les conditions d'application des textes réglementaires relatifs à la maîtrise de stage universitaire et les actions à déployer au niveau de chaque région en vue d'augmenter le nombre de praticiens agréés-maîtres de stage des universités et de promouvoir la réalisation de stages ambulatoires, y compris en zone sous-dense.
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle Calédonie, et de Wallis et Futuna.
Mots-clés	Etudiants de deuxième et troisième cycles des études de médecine – stages ambulatoires – praticiens agréés-maîtres de stage des universités – zones sous-denses.
Classement thématique	Professions de santé
Textes de référence	- Articles L. 632-2 et L. 632-5 du code de l'éducation - Articles R. 632-1 et suivants du code de l'éducation - Articles R. 632-28-1 et suivants du code de l'éducation - Article D. 6153-58-1 du code de la santé publique - Arrêté du 12 avril 2017 modifié portant organisation du troisième cycle des études de médecine - Arrêté du 3 juillet 2018 modifié fixant le montant d'une indemnité forfaitaire d'hébergement des étudiants du troisième cycle des études de médecine, d'odontologie et de pharmacie - Arrêté du 9 octobre 2020 fixant le montant de l'indemnité forfaitaire d'hébergement pour les étudiants en deuxième cycle des études de médecine - Arrêté du 22 décembre 2021 relatif aux modalités et conditions de l'agrément des maîtres de stage des universités accueillant des étudiants de deuxième et de troisième cycles des études de médecine - Arrêté du 22 décembre 2021 modifié fixant les objectifs pédagogiques de la formation à l'accueil, à l'encadrement et à l'évaluation d'un étudiant de deuxième ou de troisième cycle des études de médecine pour l'agrément des praticiens maîtres de stage des universités
Circulaire /instruction abrogée	Néant
Circulaire /instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Néant
Validée par le CNP le 25 février 2022 - Visa CNP 2022-27	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

La découverte par tout étudiant de médecine de l'ensemble des structures et des modes d'exercice participant de l'offre de soins est une volonté résolue et affichée du Gouvernement. Le chantier formation de la stratégie nationale « Ma Santé 2022 » et les articles 2 et 4 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé permettent d'accompagner ces évolutions.

Le développement des stages ambulatoires, tant en médecine générale que dans les autres spécialités médicales, constitue une opportunité pour les étudiants de découvrir les spécificités de l'exercice ambulatoire, de donner aux futurs professionnels un plus large aperçu de la réalité de l'exercice et des collaborations professionnelles qui le caractérisent, et, ce, en vue de compléter utilement leur formation en fonction de leur projet professionnel en tant que futur praticien.

À ce jour, l'enjeu déjà identifié dans le plan d'accès aux soins et réaffirmé dans la stratégie nationale « Ma Santé 2022 », réside en priorité dans les efforts mobilisés pour augmenter le nombre de praticiens agréés-maîtres de stages des universités (PAMSU), dont les terrains de stage répondent aux nouveaux critères pédagogiques. Il s'agit d'y accueillir et d'y former ces étudiants et de garantir une formation de qualité sur l'ensemble du territoire, y compris dans les zones sous-denses, au profit des patients et des usagers du système de santé.

La présente instruction rappelle les leviers existants pour développer et diversifier l'offre de stages en ambulatoire, y compris en zones sous-denses, et présente des objectifs ambitieux de développement et diversification des stages en ambulatoire.

1. Des leviers pour développer et diversifier l'offre de stages en ambulatoire, y compris en zones sous-denses

Le nombre d'étudiants de deuxième et troisième cycles des études de médecine est amené à croître massivement dans les prochaines années, justifiant un fort développement de l'offre de stages en ambulatoire.

1.1. Communication et incitation à la maîtrise de stage universitaire (MSU)

La communication locale comme axe primordial du développement de la MSU – Des **campagnes de communication**, en particulier en zones sous dotées et dans les structures d'exercice coordonné, doivent être lancées tant par les universités ayant des unités de formation et de recherche (UFR) de médecine que par les agences régionales de santé (ARS) en vue de sensibiliser les acteurs locaux et les médecins en exercice aux nouvelles attentes dans le cadre d'une formation rénovée, tout en soutenant **l'intérêt professionnel et pédagogique** des médecins de s'impliquer en tant que maîtres de stage.

Une démarche conjointe des ARS et des UFR de médecine doit être menée pour associer largement les **médecins libéraux**, notamment ceux s'investissant dans le **compagnonnage** et les départements de médecine générale des UFR (formation à la maîtrise de stage, enseignants associés, etc.), afin de reconnaître leur contribution à la formation médicale. L'accent peut utilement être mis sur le fait que les échanges entre praticien expérimenté et futur médecin conduisent, au même titre que la formation continue, à s'interroger sur ses pratiques professionnelles. À ce titre, la mise en relation de praticiens installés du territoire avec des étudiants lors de **journées de rencontres et d'échanges** (forum, journée de l'installation, etc.) peut être envisagée. Le **portail d'accompagnement des professionnels de santé** (PAPS) est aussi un moyen de centraliser les différentes aides disponibles dans votre région et d'inciter les praticiens à découvrir la fonction de maître de stage.

Les assouplissements récemment apportés à l'exercice mixte ville-hôpital[1] permettent également à des médecins libéraux exerçant une autre partie de leur activité professionnelle à l'hôpital d'accueillir des étudiants en stage en leur faisant découvrir des modalités d'exercice diversifiées.

Les UFR et les ARS pourront également s'appuyer utilement sur leurs **partenaires en région** : caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), union régionale des professionnels de santé (URPS), conseils régional et départemental de l'ordre des médecins ainsi que les collectivités territoriales. Ces dernières doivent être associées et pleinement impliquées dans **les actions de promotion des stages ambulatoires**, donnant ainsi l'opportunité à des communes, départements ou régions de **fidéliser les étudiants en médecine sur leur territoire**. Les acteurs pourront notamment s'appuyer sur le plan d'actions « Agenda rural »[2] afin de communiquer aux étudiants souhaitant réaliser des stages dans ces zones, toutes les informations relatives aux aides disponibles.

Les **centres de santé (CDS)**, les **maisons de santé pluridisciplinaires (MSP)** et les **communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)** constituent des équipes de praticiens offrant aux étudiants la possibilité d'effectuer des stages diversifiés tant au niveau des spécialités exercées que des modes d'exercice proposés. **Les maisons de santé pluridisciplinaires universitaires (MSPU)**, au regard de leur reconnaissance et de leur convention avec l'UFR de médecine, représentent des dispositifs à privilégier. L'étudiant aura la possibilité d'appréhender l'exercice coordonné qui favorise les échanges et la coordination entre les professionnels de santé, pour une meilleure prise en charge des patients. **L'inter professionnalité** est un apprentissage et une activité indispensables pour assurer la continuité des soins et la prise en charge des soins non programmés. Il est donc nécessaire de promouvoir l'accueil d'étudiants dans les structures de soins coordonnés, afin de répondre aux défis que doit relever notre système de santé.

Des dispositifs financiers d'incitation à la MSU, soubassements de sa promotion – Pour rappel, le montant forfaitaire des honoraires des PAMSU est fixé à **600 €** bruts par mois de stage pour l'accueil d'un étudiant de 2ème ou 3ème cycle, versé par les UFR de médecine qui sont remboursées par le CHU de rattachement. Une convention est établie entre l'ARS, le CHU et l'université pour définir les modalités de remboursement. Lorsque des PAMSU n'ont pas fait valoir leur droit d'option pour le rattachement de leurs honoraires pédagogiques, les universités reçoivent une compensation MERRI, pour les charges salariales correspondantes, de 250 €.

Ensuite, susvisées, les **MSP** ou **CDS ayant signé l'accord conventionnel interprofessionnel** (**ACI**)[3] peuvent bénéficier d'une rémunération complémentaire de **3 150 €** en contrepartie de l'accueil et l'encadrement de professionnels de santé en formation à raison d'au moins deux stages par an.

Aussi, le **contrat de coordination et de stabilisation des médecins (COSCOM)** prévoit en particulier une **rémunération complémentaire**, à l'aide forfaitaire annuelle de 5 000 €, **de 300 € par mois de stage lorsque le PAMSU exerce en ZIP, ou de 360 € par mois en cas de majoration par l'ARS.** Signé par la CPAM, l'ARS et le médecin conventionné, exerçant en zone sous-dense, ce contrat encourage les médecins qui s'impliquent dans l'activité de formation des futurs diplômés au sein des cabinets libéraux pour faciliter leur installation et leur maintien, en exercice libéral, dans ces territoires. Ce dispositif constitue un moyen important de promouvoir la fonction de PAMSU et doit être mis en valeur dans chaque zone sous-dense.

---

[1] Décret n° 2022-134 du 5 février 2022 relatif au statut de praticien hospitalier et Décret n° 2022-135 du 5 février 2022 relatif aux nouvelles règles applicables aux praticiens contractuels.

[2] https://www.cohesion-territoires.gouv.fr/agenda-rural-200-mesures-daccompagnement-des-zones-rurales

[3] Accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluri-professionnelles du 20 avril 2017, articles 2.2. et 3.2. (https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/400408/document/texte_signe_vf.pdf).

S'agissant des mesures en faveur des étudiants de médecine permettant de favoriser les stages en ambulatoire, les accords du Ségur de la Santé ont créé ou revalorisé l'**indemnité forfaitaire d'hébergement pour les stages réalisés en zone sous-dense**[4] (150€ bruts pour les étudiants de 2ème cycle et 300€ bruts pour les étudiants de 3ème cycle, sans condition kilométrique) et **l'indemnité de frais de transports**[5] pour les étudiants de 2ème et 3ème cycles des études de médecine.

Il est également rappelé l'opportunité de s'appuyer, dans le cadre des maquettes de formation de DES et des campagnes d'agrément, sur les possibilités offertes par **les stages mixtes et couplés**. Ils permettent, le cas échéant, d'ouvrir un terrain de stage semestriel offrant la découverte d'un **exercice situé pour partie en zone sous-dense**.

1.2. Une formation commune simplifiée facilitant l'accès à la maîtrise de stage universitaire

L'agrément d'un praticien comme maître de stage des universités pour l'accueil des étudiants de 2ème et 3ème cycles des études de médecine **atteste** des **compétences de formateur du praticien**. Conformément aux dispositions du décret n° 2020-951 du 30 juillet 2020 relatif aux conditions de l'agrément des maîtres de stage des universités, pour être agréé, le PAMSU doit :

- Attester avoir suivi une formation à l'accueil, à l'encadrement et à l'évaluation d'un étudiant.
- Proposer des activités de soins en adéquation avec les objectifs de la formation poursuivie dispensée.
- Justifier d'un niveau d'encadrement et des moyens pédagogiques mis en œuvre pour assurer la qualité de la formation.

Le nouveau cadre réglementaire permet de **simplifier les conditions** de ce dispositif et de **renforcer son attractivité**. A titre d'illustration, **la condition d'exercice préalable a été réduite de deux à un an pour devenir PAMSU**, et il a été **introduit la possibilité de réaliser, par dérogation, un stage de 2ème cycle de médecine chez trois PAMSU, s'ils sont répartis sur deux lieux de stage au maximum**.

Le **cadre de formation simplifié**, au travers de **nouveaux objectifs pédagogiques,** permet aux médecins libéraux qui le souhaitent de devenir PAMSU en suivant une **formation préalable** et **unique** pour l'accueil d'étudiants de 2ème et de 3ème cycles des études de médecine, rendant ainsi le **dispositif plus attractif**. Cette formation peut être dispensée par une université ou par un organisme habilité et enregistré auprès de l'Agence nationale de développement professionnel continu (ANDPC) dès lors que la formation proposée respecte les objectifs pédagogiques définis à l'annexe 1 de **l'arrêté modifié du 22 décembre 2021**[6].

Les **objectifs pédagogiques** de la formation à la MSU, **co-construits** avec les représentants universitaires et de la santé[7], ont été **rénovés** au regard des évolutions des maquettes de formation et sont **plus exigeants** tant sur l'encadrement, le suivi pédagogique et l'évaluation des étudiants qu'en matière de repérage des situations à risques psychosociaux et de violences sexuelles et sexistes, et de l'accompagnement d'étudiants en difficultés.

---

[4] Arrêté du 3 juillet 2018 modifié fixant le montant d'une indemnité forfaitaire d'hébergement des étudiants du troisième cycle des études de médecine, d'odontologie et de pharmacie et arrêté du 9 octobre 2020 fixant le montant de l'indemnité forfaitaire d'hébergement pour les étudiants en deuxième cycle des études de médecine.

[5] Arrêté du 11 mars 2014 fixant le montant de l'indemnité forfaitaire de transport pour les étudiants hospitaliers en médecine, en odontologie et en pharmacie accomplissant un stage en dehors de leur centre hospitalier universitaire de rattachement pris en application du décret n° 2014-319 du 11 mars 2014.

[6] Arrêté du 22 décembre 2021 modifié fixant les objectifs pédagogiques de la formation à l'accueil, à l'encadrement et à l'évaluation d'un étudiant de deuxième ou de troisième cycle des études de médecine pour l'agrément des praticiens maîtres de stage des universités.

[7] Conférence des doyens, ISNAR-IMG, ANEMF, CMG, ReAGIR, CNGE, ARS etc.

Même simplifié**, l'accès à la MSU doit s'accompagner d'un renforcement de l'évaluation de la qualité des stages, corollaire de son déploiement.** Pour cela, l'UFR, le coordonnateur de DES et l'ARS mettent en place une organisation locale leur permettant de tirer les conséquences de toute difficulté rencontrée durant le stage par l'étudiant ou par le maître de stage (harcèlement, situations à risques psychosociaux et de violences sexuelles et sexistes, non-respect du temps de travail, etc.). Il est rappelé que **l'évaluation** doit être impérativement circonstanciée afin que l'UFR et l'ARS puissent conjointement mettre en œuvre les mesures nécessaires : suspension du stage, suspension ou retrait de l'agrément ou prise en compte de l'évaluation dans le cadre de la procédure d'agrément des terrains de stage et de l'ouverture des postes.

La formation à la maîtrise de stage universitaire est garantie conformément à la modification de l'arrêté du 22 décembre 2021 par l'arrêté du 21 février 2022. Cet arrêté implique que, pour l'année 2022, toutes les formations à la maîtrise de stage universitaire, qu'elles soient suivies par des nouveaux médecins s'engageant à encadrer des étudiants de médecine, ou par des médecins souhaitant renouveler leur formation afin d'obtenir l'agrément nécessaire, seront réalisables en dehors du quota annuel de formation financé par le DPC.
L'enveloppe du financement de la formation des médecins libéraux est abondée à cet effet à hauteur de 4 millions d'euros par l'ANDPC.

Un **recueil d'initiatives et bonnes pratiques locales** est enfin mis à disposition des ARS et UFR sur le site internet du Ministère des solidarités et de la santé *(https://solidarites-sante.gouv.fr/)*

2. Des objectifs ambitieux de développement et de diversification des stages en ambulatoire

2.1. Méthodologie de travail

En décembre 2021, une enquête a été communiquée aux ARS et UFR de médecine afin notamment de recenser, sur les années 2018 à 2021, le nombre de stages ambulatoires réalisés par les étudiants de 2ème et de 3ème cycles des études de médecine et le nombre de PAMSU.

S'agissant du 3ème cycle des études de médecine, 13 ARS ont répondu à l'enquête, permettant à la DGOS de cartographier l'état actuel du nombre de stages réalisés et de PAMSU en France. L'année 2018 n'ayant pas été complétée par l'ensemble des ARS, les travaux se sont focalisés sur les années 2019, 2020 et 2021.

À partir de cette enquête, les ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur souhaitent, dans un premier temps, **valoriser la diversification** des stages des étudiants de 3ème cycle des études de médecine en proposant **des objectifs quantitatifs cibles**. Ces objectifs, par région et subdivision, destinés aux ARS et aux UFR de médecine, **ne sont pas des objectifs opposables mais représentent des leviers devant favoriser la mobilisation des acteurs locaux.**

2.2. Résultats de l'enquête et objectifs cibles

2.2.1 Des résultats nationaux encourageants

- Le nombre total de PAMSU a augmenté de +**9,6%** entre 2019 et 2021, passant de **11 805 à 12 941 PAMSU ;**
- Le nombre total d'étudiants de 3ème cycle des études de médecine, dans ces subdivisions, a augmenté de **+4,7%** entre 2019 et 2021, passant de **39 830 à 41 692 étudiants** ;
- Le nombre total d'étudiants de 3ème cycle réalisant un stage en ambulatoire a augmenté de **+6%** entre 2019 et 2021, passant de **6 273 à 6 648 étudiants**.

Les deux prochaines estimations nationales ne prennent pas en compte les résultats d'une ARS :

- Le nombre de PAMSU accueillant des étudiants de 3ème cycle a augmenté de **+8,4%** entre 2019 et 2021, passant de **10 022 à 10 861 PAMSU** ;
- Le nombre de PAMSU accueillant des étudiants de 3ème cycle de médecine générale en SASPAS a augmenté de **13,2%** entre 2019 et 2021, passant de **4 760 à 5 390 PAMSU**.

Les résultats de cette enquête démontrent une **croissance significative** et **encourageante** de la maîtrise de stage universitaire en France, et ce pour les différentes phases du 3ème cycle des études de médecine. Il est à noter que cette montée en puissance accompagne concomitamment l'augmentation du nombre d'étudiants de 3ème cycle des études de médecine et du nombre de stages réalisés en ambulatoire.

Entre 2019 et 2021, bien que la moyenne nationale d'augmentation du nombre de PAMSU soit de 9,6%, la médiane se situe à 7,8%, le 1er quartile à 1,8% et le 3ème quartile à 16,4%. **Ces éléments mettent en avant de fortes inégalités entre régions et subdivisions, en raison notamment de l'offre de soins territoriale et de critères sociodémographiques. Ils sont également la traduction des actions menées dans chaque région et subdivision au cours des années précédentes.**

Il est constaté que le nombre moyen d'étudiants par PAMSU est de **3,27** entre 2019 et 2021. De fortes inégalités sont cependant notables entre subdivisions, parfois au sein d'une même région, qui amènent à une harmonisation des pratiques territoriales par l'élaboration d'un **recueil de bonnes pratiques et à retenir la convergence vers une valeur médiane au cours des trois prochaines années (2022-2024).**

Cette promotion de la MSU, multifactorielle, repose incontestablement sur l'engagement constant des ARS et des UFR, sur les dispositifs d'attractivité mis en œuvre et sur la simplification de la règlementation en vigueur d'ores et déjà opérée.

Face à l'augmentation prévisionnelle du nombre d'étudiants de 3ème cycle des études de médecine, la maîtrise de stage universitaire doit continuer sa progression afin de garantir la qualité de la formation des futurs professionnels de santé.

Les stages ambulatoires revêtent une importance particulière car il s'agit de l'une des seules périodes de formation permettant aux étudiants un contact direct avec des praticiens exerçant en ambulatoire, potentiellement dans des zones sous-denses.

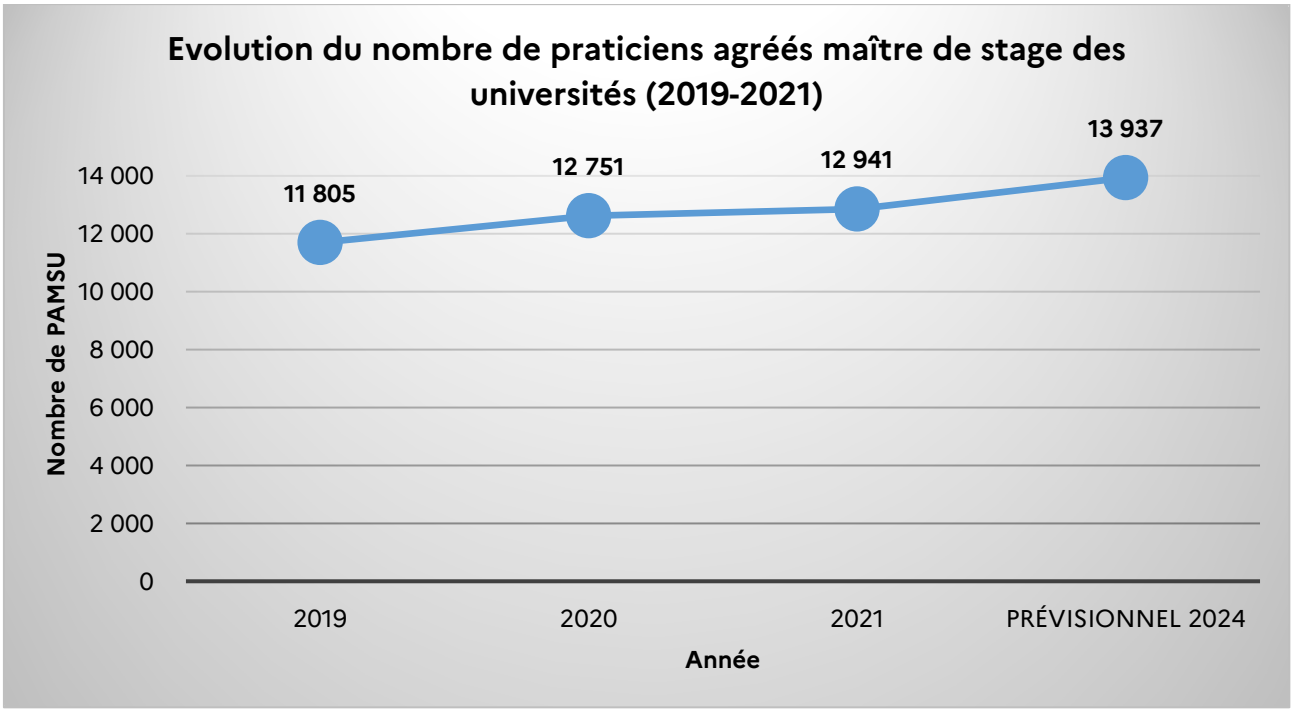
2.2.2 Des objectifs ambitieux mais atteignables

D'ici à 2024, il est évalué une augmentation d'environ 1000 étudiants de 3ème cycle de médecine par rapport à l'année 2021, ce qui correspond à une croissance de **+2,40% au plan national.**

Afin d'assurer la montée en puissance de la maîtrise de stage universitaire, pour toutes les spécialités médicales, tout en garantissant la qualité de la formation, **il est proposé d'augmenter le nombre de PAMSU de 7,7% à l'échelle de chaque région, tout en diminuant le ratio actuel moyen de 3,27 à 3 étudiants de 3ème cycle par PAMSU**.

Cet effort global demandé aux ARS et UFR de médecine est modulé en fonction du ratio d'ores et déjà atteint ou à atteindre d'ici 2024 d'un PAMSU pour 3 étudiants de 3ème cycle des études de médecine.

Concernant le 2ème cycle des études de médecine, le travail sera poursuivi conjointement par la DGOS et la DGESIP, afin de fournir des résultats exhaustifs accompagnés d'objectifs ciblés.



Source : DGOS – Enquête flash – Décembre 2021

PROJECTION 2024							
		Nombre de MSU				Ratio du nombre d'étudiants par PAMSU	
ARS	Subdivision	2019	2020	2021	2024 (+7,7%)	ratio 2021	ratio visé
AUVERGNE-RHONE-ALPES	**AUVERGNE-RHONE-ALPES**	**1 491**	**1 575**	**1 495**	**1 610**	**2,48**	3 ou moins
	GRENOBLE	489	520	496	534	1,87	
	LYON	445	462	397	428	3,16	
	SAINT-ETIENNE	262	258	284	306	2,35	
	CLERMONT-FERRAND	295	335	318	342	2,69	
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE	**BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE**	**568**	**594**	**608**	**655**	**5,66**	
	BESANCON	333	340	335	361	5,01	
	DIJON	235	254	273	294	6,46	
BRETAGNE	**BRETAGNE**	**783**	**807**	**880**	**948**	**1,92**	
	BREST	360	364	364	392	2,18	
	RENNES	423	443	516	556	1,73	
CENTRE VAL DE LOIRE	**CENTRE-VAL-DE-LOIRE**	**382**	**409**	**403**	**434**	**4,81**	
	TOURS	382	409	403	434	4,81	
GRAND EST	**GRAND EST**	**1 832**	**1 791**	**1 782**	**1 919**	**3,50**	
	NANCY	452	445	430	463	5,50	
	REIMS	460	426	432	465	3,75	
	STRASBOURG	920	920	920	991	2,45	
HAUTS DE FRANCE	**HAUTS-DE-FRANCE**	**790**	**1 006**	**1 001**	**1 078**	**5,56**	
	AMIENS	180	220	184	198	5,09	
	LILLE	610	786	817	880	5,66	
ILE-DE-FRANCE	**ILE-DE-FRANCE**	**1 500**	**1 629**	**1 705**	**1 836**	**3,71**	
	ILE-DE-FRANCE	1 500	1 629	1 705	1 836	3,71	
LA REUNION	**DROM**	**147**	**167**	**185**	**199**	**2,74**	
	OCEAN INDIEN	147	167	185	199	2,74	
NORMANDIE	**NORMANDIE**	**723**	**780**	**803**	**865**	**2,74**	
	CAEN	325	351	383	412	2,78	
	ROUEN	398	429	420	452	2,70	
NOUVELLE-AQUITAINE	**NOUVELLE-AQUITAINE**	**968**	**1 005**	**1 057**	**1 138**	**2,80**	
	POITIERS	327	335	372	401	2,35	
	LIMOGES	144	153	168	181	3,39	
	BORDEAUX	497	517	517	557	2,93	
OCCITANIE	**OCCITANIE**	**1 271**	**1 365**	**1 472**	**1 585**	**1,88**	
	TOULOUSE	622	687	781	841	1,82	
	MONTPELLIER	649	678	691	744	1,94	
PAYS DE LA LOIRE	**PAYS DE LA LOIRE**	**851**	**891**	**906**	**976**	**2,22**	
	ANGERS	407	435	443	477	2,15	
	NANTES	444	456	463	499	2,29	
PACA	**PACA**	**499**	**732**	**644**	**694**	**3,65**	
	MARSEILLE	345	566	472	508	3,69	
	NICE	154	166	172	185	3,53	
TOTAL		**11 805**	**12 751**	**12 941**	**13 937**	**3,22**	

Source : DGOS – Enquête flash – Décembre 2021

Le bureau de la démographie et des formations initiales (RH1) de la DGOS se tient à votre disposition pour répondre à vos demandes concernant cette instruction (DGOS-RH1@sante.gouv.fr). Nous vous invitons à lui faire part des éventuelles difficultés que vous pourriez rencontrer dans l'application de la présente instruction.

Vu au titre du CNP par la secrétaire générale adjointe des ministères chargés des affaires sociales,

Nicole DA COSTA

Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins,

Katia JULIENNE

Pour la ministre et par délégation :
La directrice générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle,

Anne-Sophie BARTHEZ

Annexe 1 – Tableau des modifications règlementaires portant sur les stages des étudiants de 2ème et de 3ème cycles auprès des PAMSU

	2ème cycle	3ème cycle
Références réglementaires	- Articles R. 632-1 à R. 632-1-4 du code de l'éducation ; - Arrêté du 22 décembre 2021 relatif aux modalités et conditions de l'agrément des maîtres de stage des universités accueillant des étudiants de deuxième et de troisième cycles des études de médecine ; - Arrêté du 22 décembre 2021 modifié fixant les objectifs pédagogiques de la formation à l'accueil, à l'encadrement et à l'évaluation d'un étudiant de deuxième ou de troisième cycle des études de médecine pour l'agrément des praticiens maîtres de stage des universités.	- Articles R. 632-28-2 à R. 632-28-4 du code de l'éducation ; - Arrêté du 12 avril 2017 modifié portant organisation du troisième cycle de médecine ; - Arrêté du 27 juin 2011 modifié relatif aux stages effectués dans le cadre de la formation dispensée au cours du troisième cycle des études de médecine ; - Arrêté du 22 décembre 2021 modifié fixant les objectifs pédagogiques de la formation à l'accueil, à l'encadrement et à l'évaluation d'un étudiant de deuxième ou de troisième cycle des études de médecine pour l'agrément des praticiens maîtres de stage des universités.
Autorité qui procède à la délivrance de l'agrément	Directeur de l'UFR après avis de l'instance chargée des stages et des gardes.	Directeur général de l'ARS après avis de la commission de subdivision.
Conditions d'agrément	Le PAMSU doit justifier d'une durée d'exercice d'1 an et avoir suivi la formation à la maîtrise de stage.	Modification de la durée nécessaire d'exercice avant d'effectuer une demande d'agrément à 1 an et justification du suivi de la formation à la MSU par le praticien.
Durée de l'agrément	- 1 an dans le cadre d'une première demande - 1 an conditionnel - 5 ans	- 1 an dans le cadre d'une première demande - 1 an conditionnel - 5 ans
Nombre d'encadrants	2 PAMSU maximum par étudiant sur le même stage, le cas échéant, auprès de 3 PAMSU s'ils sont répartis sur deux lieux de stage au maximum.	Pas de limite règlementaire.
Suspension du stage	- La suspension du stage peut être immédiate sur décision du directeur de l'UFR - A l'issue de la période de suspension, le PAMSU doit fournir un rapport précisant les dispositions prises par rapport aux recommandations émises.	- La suspension de l'agrément est effective à compter du prochain stage, elle est délimitée dans le temps, cette décision doit être accompagnée de recommandations - à l'issue de la période de suspension, le PAMSU doit fournir un rapport précisant les dispositions prises par rapport aux recommandations émises
Suspension de l'agrément	- La suspension de l'agrément est effective à compter du prochain stage, elle est délimitée dans le temps, cette décision doit être accompagnée de recommandations. - A l'issue de la période de suspension, le PAMSU doit fournir un rapport précisant les dispositions prises par rapport aux recommandations émises notamment s'agissant du suivi, le cas échéant, d'une formation complémentaire recommandée par l'autorité compétente.	- La suspension de l'agrément est effective à compter du prochain semestre, elle est délimitée dans le temps, cette décision doit être accompagnée de recommandations. - A l'issue de la période de suspension, le PAMSU doit fournir un rapport précisant les dispositions prises par rapport aux recommandations émises notamment s'agissant du suivi, le cas échéant, d'une formation complémentaire recommandée par l'autorité compétente.
Retrait de l'agrément	Après le retrait de son agrément, le PAMSU doit faire une nouvelle demande d'agrément, le cas échéant, après formation complémentaire recommandée par l'autorité compétente	Après le retrait de son agrément, le PAMSU doit faire une nouvelle demande d'agrément, le cas échéant, après formation complémentaire recommandée par l'autorité compétente.

Annexe 2

Fiche des conditions d'agrément et de maîtrise de stage universitaire
2ème et 3ème cycles des études de médecine

***Dispositions réglementaires* :**
Arrêté du 8 avril 2013 modifié relatif au régime des études en vue du premier et deuxième cycle des études médicales.
Arrêté du 18 novembre 2015 modifié relatif aux stages accomplis auprès de praticiens agréés maîtres de stage des universités au cours du deuxième cycle des études de médecine.
Arrêté du 12 avril 2017 modifié portant organisation du troisième cycle des études de médecine.

Durant le deuxième cycle des études de médecine, les étudiants accomplissent un stage chez un ou deux médecins généralistes au maximum, appelé(s) « praticien(s) agréé(s) maître(s) de stage des universités ». Par dérogation à l'alinéa précédent, les étudiants peuvent accomplir un stage auprès de trois médecins généralistes, s'ils sont répartis sur deux lieux de stage au maximum.

Durant le troisième cycle des études de médecine, il n'existe pas cette limitation.

1. Conditions tenant au lieu d'exercice

Il s'agit d'un cabinet individuel ou de groupe, d'une maison, d'un centre ou pôle de santé.

2. Conditions tenant à la durée d'exercice

Le praticien agréé-maître de stage des universités doit exercer son activité professionnelle en tant que **médecin installé, depuis au moins un an**.

3. Procédure

Le praticien maître de stage est agréé :

- Pour un an lors de la première demande d'agrément (ou en cas de suspension ou retrait) ;
- Pour **cinq ans** dans le cas d'un renouvellement d'agrément ;
- **Pour le deuxième cycle des études de médecine :**
  - Par le directeur de l'UFR de médecine dont relève l'étudiant ;
  - Sur proposition de l'instance chargée des stages et des gardes au sein de la commission pédagogique de l'UFR médicale.
- **Pour le troisième cycle des études de médecine :**
  - Par le directeur de l'agence générale de santé ;
  - Sur proposition de la commission de subdivision.

4. Financement

Le praticien agréé-maître de stage des universités (PAMSU) perçoit :

- Des **honoraires pédagogiques**. Le montant forfaitaire de ces honoraires est fixé à 600 € bruts par mois de stage et par étudiant. Dans l'hypothèse où l'étudiant est accueilli chez plusieurs praticiens agréés-maîtres de stage des universités, les honoraires pédagogiques ne sont dus qu'une fois.
- Des **indemnisations forfaitaires en vue de compenser la perte de ressources professionnelles durant la formation qui lui est dispensée sous l'égide de l'Université lorsque le praticien exerce en libéral**. Ces indemnités forfaitaires sont égales à quinze fois la valeur de la consultation de médecin généraliste, telles qu'elles résultent de l'application de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, dans la limite de deux journées par praticien agréé-maître de stage des universités.

Annexe 3

Fiche relative au versement d'indemnités aux PAMSU

Textes de référence :
Arrêté du 27 juin 2011 modifié relatif aux stages effectués dans le cadre de la formation dispensée au cours du 3ème cycle des études de médecine.
Circulaires DGOS/R1 campagnes tarifaires 2017 et 2018.

Les praticiens-maîtres de stages agréés perçoivent :

- des honoraires pédagogiques. Leur montant forfaitaire est fixé à 600 € bruts par mois de stage et par étudiant. Dans l'hypothèse où l'étudiant est accueilli chez plusieurs praticiens agréés-maîtres de stage des universités, les honoraires pédagogiques ne sont dus qu'une fois au prorata du temps de formation de l'étudiant auprès de chacun d'entre eux. Lorsque des PAMSU n'ont pas fait valoir leur droit d'option pour le rattachement de leurs honoraires pédagogiques, les universités reçoivent une compensation MERRI, pour les charges salariales correspondantes, de 250 €.et peuvent, durant leur formation à la MSU, percevoir des indemnités compensatrices de la perte de ressources professionnelles. Ces indemnités sont égales à 15 fois la valeur de la consultation de médecin généraliste (15 × 25 € = 375 €) par jour, dans la limite de 2 jours de formation, soit 750 € par maître de stage formé.

Les crédits délégués en 2017 par la DGOS aux ARS pour financer l'ensemble de ces indemnités s'élèvent à 31,4 M€ (circulaire de campagne tarifaire). A cela s'ajoutent les 3,7 M€ versés par l'ANDPC pour la formation à la maîtrise de stage.

Annexe 4 - Exemple de convention de partenariat

CONVENTION DE PARTENARIAT

DPC > L'UFR de médecine de _____ < Exercice 2022
Formation des Maître de Stage des Universités

ENTRE

L'organisme, opérateur agréé de formation médicale (DPC)
Et

L'UFR de médecine,

Il a été convenu ce qui suit :

Préambule

La convention de partenariat a pour objet d'organiser les rapports entre l'organisme DPC et l'UFR de médecine, dans le cadre de l'organisation de sessions de formations DPC pour les maîtres de stage des universités (Médecine générale et spécialités)

Article 1

L'organisme DPC se charge de toute la partie administrative, comprenant :

- L'élaboration du programme au format exigé par la règlementation
- Le dépôt des dossiers auprès de l'ANDPC
- L'ouverture des sessions sur le portail de l'ANDPC
- La communication auprès de tous les médecins libéraux au niveau régional et national
- La gestion des inscriptions
- La gestion des documents administratifs et des supports de formation
- La logistique organisationnelle
- Le recrutement des participants
- Le recrutement des animateurs et organisateurs
- La compilation de tous les documents pédagogiques nécessaires, qui seront mis à la disposition des participants à l'issue de la formation
- L'évaluation de la formation
- L'élaboration de la présente convention
- La comptabilité analytique des formations
- La liquidation financière de l'action
- …A compléter s'il y a lieu

Article 2

L'UFR DE MEDECINE est chargée de :

- Désigner les intervenants, experts et pédagogues, représentant l'Université
- Elaborer les documents pédagogiques et les outils de simulation, cas clinique, jeux de rôles etc.
- Elaborer les grilles d'évaluation
- D'accueillir s'il y a lieu la formation en ses locaux
- De s'assurer de la cohérence pédagogique des programmes de formation avec les obligations règlementaires et universitaires
- …A compléter s'il y a lieu

Article 3

Calendrier des formations retenues en 2022 :

…. avec des villes variables possibles

Un avenant sera rédigé pour de nouvelles programmations au cours de l'année 2022.

Article 4

Gestion financière de chaque action déléguée

Après règlement des frais directs inhérents au séminaire : frais de structures, honoraires des intervenants, location de salle, frais de bouche, d'hébergement et de déplacement des experts s'il y a lieu, **le bénéfice perçu par opération sera réparti** entre l'organisme DPC et l'UFR de médecine.

Article 5

Toute modification ou annulation de date, durée, lieu, devra faire l'objet d'une information écrite des 2 parties, au plus tard 1 mois ou 3 semaines avant.

Article 6

L'UFR de médecine et l'opérateur DPC s'engagent à travailler en concertation.

Article 7

Cette convention sera caduque à l'issue du calendrier des actions prévues à l'article 1 et les formations annulées en cas d'un nombre insuffisant de participants. Ce nombre est fixé à 8 pour une action « classique » de formation, hors dépenses exceptionnelles dues à des locations de matériels pédagogiques supplémentaires par exemple.

Article 8

Cette convention pourra être dénoncée par l'une ou l'autre des parties, par lettre recommandée avec AR jusqu'à un mois avant la date de la première action. Passé ce délai, sauf empêchement réglementaire ou du bailleur (ANDPC), les parties devront assurer leurs engagements.

Fait à …… en 2 exemplaires,

Le …….. 2022

Pour L'UFR de médecine
M./Mme le Directeur / la Directrice de l'UFR

Pour l'organisme DPC

"Bon pour accord"

"Bon pour accord"

Centre national de gestion

Délibération n° 2022-01 du 15 mars 2022 adoptant le compte financier 2021 du Centre national de gestion et portant affectation du résultat 2021

NOR : SSAN2230387X

Le Conseil d'administration,

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

Vu les articles 202 et 210 à 214 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu l'arrêté du 7 août 2015 modifié relatif aux règles budgétaires des organismes ;

Vu le rapport présenté par l'agent comptable du Centre national de gestion ;

Vu le rapport présenté par la directrice générale du Centre national de gestion ;

Après en avoir délibéré,

Décide :

Article 1er

Le conseil d'administration arrête les éléments d'exécution budgétaire suivants :

- 99 ETPT au 31/12/2021, pour un plafond d'emplois de 108 ETP ;
- 35 033 373 € d'autorisations d'engagement dont :
  - 14 763 190 € de personnel,
  - 17 648 944 € de fonctionnement,
  - 2 621 239 € d'investissement.
- 29 904 298 € de crédits de paiement dont :
  - 14 763 190 € de personnel,
  - 12 710 598 € de fonctionnement,
  - 2 430 510 € d'investissement.
- 30 952 177 € de recettes ;
- 1 047 879 € de solde budgétaire (excédent).

Article 2

Le conseil d'administration arrête les éléments d'exécution comptable suivants :

- 2 291 636,91 € de variation de trésorerie ;
- 896 584,57 € de résultat patrimonial (perte) ;
- 393 246,03 € de capacité d'autofinancement ;
- 2 116 522,15 € de variation de fonds de roulement.

Article 3

Le conseil d'administration décide d'affecter le résultat négatif à hauteur de 896 584,57 € en réserves.

Article 4

La directrice générale du Centre national de gestion est chargée de l'exécution de la présente délibération qui sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité, à l'issue du délai d'un mois prévu au 3ème alinéa de l'article 13 du décret susvisé du 4 mai 2007.

Délibéré, le 15 mars 2022.

Pour extrait certifié conforme.

La présidente du conseil d'administration,
Isabelle AUSSET

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

NOTE D'INFORMATION N° DGS/SP/DGOS/DGCS/DSS/SGMCAS/INCA/2022/111 du 18 mars 2022 relative au dispositif de pilotage et de suivi des feuilles de route régionales de la stratégie décennale de lutte contre le cancer

Le ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SSAP2211880N (numéro interne : 2022/111)
Date de signature	18/03/2022
Emetteur	Ministère des solidarités et de la santé Direction générale de la santé (DGS)
Objet	Mise en œuvre du dispositif de pilotage et de suivi des feuilles de route régionales de la stratégie décennale de lutte contre le cancer.
Contact utile	Sous-direction santé des populations et prévention des maladies chroniques Amalia GIAKOUMAKIS Tél : 01 40 56 55 32 Mèl : amalia.giakoumakis@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	5 pages + 3 annexes (36 pages) Annexe 1 - Liste des indicateurs à privilégier dans le cadre de l'élaboration des feuilles de routes régionales cancer Annexe 2 - Liste des autres indicateurs complémentaires Annexe 3 - Fiches méthodologiques des indicateurs privilégiés
Résumé	La loi n° 2019-180 du 8 mars 2019 a prévu l'adoption d'une stratégie décennale de lutte contre le cancer, dans les suites des trois derniers plans cancer. Cette stratégie, annoncée par le président de la République le 4 février 2021 et publiée par le décret n° 2021-119 du 4 février 2021, définit les priorités françaises pour les 10 prochaines années dans le champ de la lutte contre les cancers. Une première feuille de route sur la période 2021-2025 décline au plan national les orientations stratégiques à un niveau opérationnel. Pour permettre le bon déploiement de cette stratégie dans les territoires, il est demandé aux

	agences régionales de santé d'élaborer une feuille de route régionale visant à décliner les actions en fonction des enjeux nationaux et des priorités locales.
Mention Outre-mer	Le texte s'applique en l'état dans l'ensemble des Outre-mer à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle Calédonie, et de Wallis et Futuna.
Mots-clés	Cancer ; stratégie décennale ; feuille de route 2021-2025 ; feuille de route régionale ; agences régionales de santé (ARS), indicateurs.
Classement thématique	Santé publique
Textes de référence	- Décret n° 2021-119 du 4 février 2021 portant définition de la stratégie décennale de lutte contre le cancer prévu à l'article L. 1415-2 1° A du code de la santé publique ; - Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 - Feuille de route 2021-2025 - Des progrès pour tous, de l'espoir pour demain ; - INSTRUCTION N° DGS/SP/DGOS/DGCS/DSS/SG/INCA/ 2021/156 du 16 juillet 2021 relative à l'élaboration des feuilles de route régionales.
Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP du 18 mars 2022 - N° 29	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

L'instruction du 16 juillet 2021 relative à l'élaboration des feuilles de route régionales de la stratégie décennale de lutte contre les cancers vise à permettre le bon déploiement de cette stratégie dans les régions, au regard de l'état des spécificités et des besoins régionaux. Elle propose en annexe des outils dans le cadre de cette construction, dont une trame commune et une première liste d'indicateurs potentiellement mobilisables. L'instruction prévoit par ailleurs un accompagnement méthodologique de l'Institut national du cancer (INCa) aux ARS dans le travail de définition des indicateurs.

Dans le cadre de la démarche de renforcement de la cohérence de l'utilisation de la donnée arrêtée par le Conseil national de pilotage (CNP) le 26 novembre dernier, la direction générale de la santé (DGS), la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Institut national du cancer (INCa), ont sollicité l'appui des équipes du comité d'animation de la donnée en région (CADOR). Le CADOR présidé par un directeur général d'ARS est porté conjointement par le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMCAS), la direction générale de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et le service à compétence national SI (système d'information) mutualisé des ARS. Composé d'une équipe de statisticiens, il a pour mission d'appuyer les membres du CNP pour privilégier les bases de données existantes dans ses différents exercices de pilotage.

L'objet de cette collaboration est de renforcer le dispositif initial de l'instruction en matière d'indicateurs. La présente note d'information précise la méthodologie à prioriser pour la sélection, la construction et l'exploitation d'indicateurs de suivi, de pilotage et d'impact en régions. Notamment, sont présentées en annexes deux listes d'indicateurs proposés à la sélection des ARS, ainsi que des fiches explicitant les modalités de leur production.

1. Les caractéristiques souhaitables des indicateurs proposés

Dans le cadre de la démarche portée par le CNP de renforcement de la cohérence de l'usage de la donnée en région et afin de permettre un pilotage efficace, les indicateurs à privilégier dans le cadre des feuilles de route régionales présenteront, autant que possible, les six caractéristiques suivantes :

- être spécifiques ;
- être mesurables ;
- s'appuyer sur un système d'information ou une enquête nationale préexistante ;
- porter sur des objectifs atteignables, pour lesquels les ARS ont des leviers d'action ;
- être déclinables à un niveau infrarégional ;
- enfin, la mise à jour de cet indicateur doit être fréquente (a minima annuelle).

Par ailleurs, les feuilles de route régionales devant s'articuler avec les projets régionaux de santé et les déclinaisons régionales d'autres plans nationaux (plan régional santé environnement [PRSE], programme national de lutte contre le tabac [PNLT]…), il est considéré comme important de s'appuyer sur des indicateurs retenus dans le cadre de ces autres plans.

2. Les deux catégories d'indicateurs proposées

Les deux premières annexes de la présente note développent le dispositif d'indicateurs préparé par les équipes de l'INCa et du CADOR et mobilisables par les ARS pour le suivi, le pilotage et l'évaluation de la mise en œuvre des feuilles de route régionales de la stratégie décennale de lutte contre les cancers.

Ces indicateurs sont classés selon deux catégories :

- **Indicateurs socles issus de sources nationales uniformisées (annexe 1)**

  Ils seront transmis aux ARS par les autorités nationales concernées. Ils sont considérés comme essentiels par la solidité de leur source, leur disponibilité et leur déclinaison territoriale et il est demandé aux ARS de les intégrer dans leurs feuilles de route. Un indicateur socle est identifié pour chaque thématique de la stratégie décennale de lutte contre les cancers.

- **Indicateurs complémentaires issus de sources non uniformisées au niveau national (annexe 2)**

  Ils pourront faire l'objet d'un développement et d'un recueil régional ad hoc par les ARS selon leur choix.

3. La sélection par les ARS des indicateurs

Afin de suivre, de piloter et d'évaluer au mieux la mise en place des actions en région et ce dans une cohérence facilitant le pilotage national, les feuilles de routes régionales intégreront automatiquement les indicateurs socles de l'annexe 1, en lien avec chacune des thématiques de la trame commune. Les valeurs des indicateurs de l'annexe 1 seront systématiquement transmises aux ARS par le niveau national.

En tout état de cause, les ARS sont libres de retenir en complément des indicateurs socles tout indicateur qui leur semblerait pertinent, qu'il s'agisse d'un indicateur complémentaire de l'annexe 2, d'un indicateur d'ores et déjà utilisé par l'ARS, ou de tout autre indicateur existant ou à développer. Le cas échéant, plusieurs indicateurs pourront être retenus pour une même action et a fortiori pour une même thématique.

4 . Les modalités de production et de recueil des indicateurs

Afin de faciliter l'utilisation des indicateurs « uniformisés » (annexe 1), des fiches indicateurs ont été construites pour chacun d'entre eux. L'annexe 3 à la présente note explicite ces éléments méthodologiques, de source et de fournisseurs de ces indicateurs.

Les indicateurs uniformisés seront, par ailleurs, transmis par les autorités nationales concernées aux ARS de façon annuelle, lorsque cela est possible, pour actualisation.

Par nature, les modalités de production et de recueil des indicateurs « non uniformisés » (annexe 2) sont laissées à la libre appréciation des ARS.

5 . Les modalités de suivi et de reporting des indicateurs

Les indicateurs retenus par les ARS pour le suivi, le pilotage et l'évaluation de leur feuille de route ont vocation à faire l'objet d'un suivi par l'application 6PO, outil partagé de pilotage des plans, programmes, projets et parcours. Ce principe, établi dans l'instruction du 16 juillet 2021 relative à l'élaboration de feuilles de route régionales de la stratégie décennale de lutte contre les cancers, a vocation à s'appliquer à l'ensemble des indicateurs retenus par les ARS, qu'ils soient ou non issus des propositions formulées en annexe de la présente note d'information.

Ces indicateurs forment partie des éléments de reporting qui seront demandés chaque année à l'automne, pour contribuer au rapport sur l'avancement de la stratégie décennale qui doit être remis annuellement au mois de février. Des notes d'information dédiées préciseront les modalités pratiques de ce reporting.

***

En parfait accord avec la nécessité exprimée par le CNP d'accroître la cohérence de l'utilisation de la donnée en région, cette note d'information a pour objet d'inciter les ARS à intégrer systématiquement dans le projet de feuille de route régionale de lutte contre les cancers les indicateurs de l'annexe 1 en lien avec les thématiques de la stratégie décennale de lutte contre les cancers. Les données y afférant seront transmises par le niveau national sans sollicitation des ARS.

Pour le ministre et par délégation :
Le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales,

Etienne CHAMPION

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,

Jérôme SALOMON

Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins, par intérim

Cécile LAMBERT

Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de la cohésion sociale,

Virginie LASSERRE

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,

Franck VON LENNEP

Le président de l'INCa,

Norbert IFRAH

ANNEXE 1 - Liste des indicateurs à privilégier dans le cadre de l'élaboration des feuilles de routes régionales cancer

ID	Axe	Intitulé de l'axe	Num_Them	Thématiques	Intitulé de l'indicateur	Source des données	Fournisseur de la donnée
16	**AXE 1**	**Améliorer la prévention**	**1**	Stratégies de prévention	Taux d'incidence des cancers	Registre et SNDS	INCA
1	**AXE 1**	**Améliorer la prévention**	**2**	Education à la prévention	Taux de dispositifs d'éducation à la prévention créés et proposés rapporté à la population des moins de 18 ans	Enquête éducation nationale	INCA
2	**AXE 1**	**Améliorer la prévention**	**3**	Accompagnement en prévention	Evolution des dépenses de prévention cancer par habitant	Etats financiers ARS	SCN
17	**AXE 1**	**Améliorer la prévention**	**4**	Société protectrice	Nombre de maisons "sport santé" labellisées rapporté à 100 000 habitants	DGS	DGS
22	**AXE 1**	**Améliorer la prévention**	**5**	Tabac	Prévalence du tabagisme	Baromètre santé (SPF)	INCA
3	**AXE 1**	**Améliorer la prévention**	**6**	Alcool	Prévalence de la consommation d'alcool	Baromètre santé (SPF)	INCA
12	**AXE 1**	**Améliorer la prévention**	**7**	Nutrition	Prévalence du surpoids (obésité incluse)	Enquête obépi (INSERM/SPF)	INCA
13	**AXE 1**	**Améliorer la prévention**	**8**	Risque infectieux	Taux de couverture vaccinale contre le HPV	SNDS	INCA
4	**AXE 1**	**Améliorer la prévention**	**9**	Environnement	Taux de cancer lié à une exposition au radon	SNDS/ registre	INCA
5	**AXE 1**	**Améliorer la prévention**	**10**	Cancers professionnels	Evolution du nombre de cancers professionnels déclarés	Bases AM risque AT/MP (CNAM/CARSAT)	INCA
6	**AXE 1**	**Améliorer la prévention**	**11**	Accès au dépistage	Nombre de personnes participant aux dépistages	SNDS	INCA
7	**AXE 2**	**Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie**	**12**	Innovation, pertinence	Evolution de journées d'HAD pour administration de chimiothérapie	SNDS	INCA
18	**AXE 2**	**Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie**	**13**	Soins de support et séquelles	Taux de réhospitalisation à 30 jour après chirurgie du cancer	SNDS	INCA
20	**AXE 2**	**Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie**	**14**	Suivi	Dépendances SSR	scansanté	INCA
14	**AXE 2**	**Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie**	**15**	Qualité de vie	Taux d'emploi après la maladie	VICAN 5	INCA
8	**AXE 3**	**Lutter contre les cancers de mauvais pronostic**	**16**	Diagnostic	Pourcentage de la population à plus de 30 min IRM	ARHGOS	DREES
15	**AXE 3**	**Lutter contre les cancers de mauvais pronostic**	**17**	Parcours	Proportion de patients atteints d'un cancer dont le délai entre le diagnostic et le premier traitement est inférieur à 6 mois (indicateurs disponibles pour le cancer du sein et le cancer colo-rectal)	FIR	INCA
19	**AXE 3**	**Lutter contre les cancers de mauvais pronostic**	**18**	Soins de support plus adaptés	Dépenses en soin de support financées par les ARS	FIR	INCA
21	**AXE 3**	**Lutter contre les cancers de mauvais pronostic**	**19**	Accompagnement renforcé	Nombre de patients qui ont bénéficié d'au moins une téléconsultation avec un oncologue	SNDS	INCA
9	**AXE 4**	**S'assurer que les progrès bénéficient à tous**	**20**	Cancers de l'enfant	Taux de survie chez les enfants	Registres et SNDS	INCA
10	**AXE 4**	**S'assurer que les progrès bénéficient à tous**	**21**	Inégalités	Taux de participation au dépistage organisé cancer du col de l'utérus selon l'indice de défavorisation FDEP	SNDS	INCA
23	**AXE 4**	**S'assurer que les progrès bénéficient à tous**	**22**	Territoires isolés (notamment ultra marins)	Taux de fuite hors région	Scansanté	INCA
11	**AXE 4**	**S'assurer que les progrès bénéficient à tous**	**23**	Gestion de crise	Nombre d'autorisations temporaires d'activité	ARS	DGOS

ANNEXE 2 - Liste des autres indicateurs complémentaires

ID	Axe	Intitulé de l'axe	No thématiques	Thématiques	Intitulé de l'indicateur
1	AXE 1	Améliorer la prévention	2	Education à la prévention	Nombre de personnes (élèves / familles) atteintes par les actions, interventions, dispositifs d'éducation à la prévention (intra / péri-scolaire)
2	AXE 1	Améliorer la prévention	2	Education à la prévention	Nombre de dispositifs, actions, interventions d'éducation à la prévention proposés par les acteurs en région financés ou non par les ARS
3	AXE 1	Améliorer la prévention	3	Accompagnement en prévention	Nombre d'acteurs des secteurs santé, social, médicosocial ayant recouru ou bénéficié d'un dispositif d'accompagnement à la prévention
4	AXE 1	Améliorer la prévention	3	Accompagnement en prévention	Nombre de dispositifs d'accompagnement à la prévention proposés aux personnes acteurs des secteurs santé, social, médicosocial par les acteurs en région financés ou non par les ARS
5	AXE 1	Améliorer la prévention	4	Société protectrice	Nombre de collectivités ayant recouru ou bénéficié d'un dispositif d'accompagnement pour favoriser des environnements protecteurs et favorable à la prévention
6	AXE 1	Améliorer la prévention	5	Tabac	Nombre d'espaces sans tabac
7	AXE 1	Améliorer la prévention	5	Tabac	Nombre d'actions d'accompagnement des fumeurs et/ou des professionnels
8	AXE 1	Améliorer la prévention	6	Alcool	Nombre de dispositifs de communication et d'action de marketing social mis en œuvre
9	AXE 1	Améliorer la prévention	7	Nutrition	Nombre d'expérimentations / sensibilisations visant à renforcer l'accès aux produits favorables à la santé
10	AXE 1	Améliorer la prévention	9	Environnement	Nombre de projets visant à réduire l'exposition de la population aux facteurs de risque environnementaux portés par les collectivités soutenus par les ARS
11	AXE 1	Améliorer la prévention	9	Environnement	Nombre d'actions de prévention et de sensibilisaiton aux risques et facteurs protecteurs environnementaux mises en place
12	AXE 1	Améliorer la prévention	10	Cancers professionnels	Nombre d'actions de prévention en matière d'exposition aux rayonnements UV
13	AXE 1	Améliorer la prévention	10	Cancers professionnels	Nombre d'actions d'accompagnement des acteurs
14	AXE 1	Améliorer la prévention	11	Accès au dépistage	Nombre de personnes ayant participé à chacun des dépistages organisés
15	AXE 1	Améliorer la prévention	20	Cancers de l'enfant	Nombre d'enfants bénéficiant des dispositifs créés
16	AXE 1	Améliorer la prévention	23	Gestion de crise	Dispositif opérationnel et activable de gestion de crise
17	AXE 2	Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie	12	Innovation, pertinence	Nombre d'actions de formation et/ou d'accompagnement des professionnels sur les sujets d'innovation et de pertinence
18	AXE 2	Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie	12	Innovation, pertinence	Nombre d'actions d'information / de sensibilisation des patients sur les sujets d'innovation et de pertinence
19	AXE 2	Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie	12	Innovation, pertinence	Nombre d'actions d'information / de sensibilisation des patients / des professionnels sur les sujets d'accompagnement psychologique et social des personnes
20	AXE 2	Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie	12	Innovation, pertinence	Nombre d'actions d'organisation / d'évaluation de l'activité de reconstruction
21	AXE 2	Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie	12	Innovation, pertinence	Taux de mastectomies partielles réalisées en ambulatoire
22	AXE 2	Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie	13	Soins de support et séquelles	Nombre de consultations prises en charge au titre de soins de support (psychologue / diététicien / APA)
23	AXE 2	Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie	13	Soins de support et séquelles	Nombre de structures soins de support intégrées à la couverture régionale
24	AXE 2	Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie	13	Soins de support et séquelles	Indicateurs de satisfaction des personnes bénéficiant des soins de support

25	AXE 2	Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie	14	Suivi	Nombre de dispositifs de suivi
26	AXE 2	Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie	14	Suivi	Indicateurs de satisfaction des personnes sur leur suivi
27	AXE 2	Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie	15	Qualité de vie	Nombre de dispositifs de soutien aux aidants mis en place
28	AXE 2	Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie	15	Qualité de vie	Indicateurs de satisfaction des aidants
29	AXE 2	Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie	15	Qualité de vie	Nombre d'actions d'information / de sensibilisation des patients sur le sujet du droit à l'oubli
30	AXE 2	Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie	15	Qualité de vie	Nombre de bénéficiaires de dispositifs aménagés de type campus connecté
31	AXE 2	Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie	15	Qualité de vie	Nombre d'actions d'information / de sensibilisation des professionnels sur le sujet du bénéfice du maintien d'une activité professionnelle adaptée
32	AXE 2	Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie	17	Parcours	Nombre de sites expérimentateurs organisant les filières de soin
33	AXE 3	Lutter contre les cancers de mauvais pronostic	4	Société protectrice	Nombre de dispositifs d'accompagnement proposés aux collectivités pour favoriser des environnements protecteurs et favorable à la prévention
34	AXE 3	Lutter contre les cancers de mauvais pronostic	13	Soins de support et séquelles	Nombre de patients atteints d'un cancer du sein ayant bénéficié d'un schéma d'irradiation hypofractionné
35	AXE 3	Lutter contre les cancers de mauvais pronostic	13	Soins de support et séquelles	Nombre de personnes (patients et proches) bénéficiant d'une consultation oncogénétique
36	AXE 3	Lutter contre les cancers de mauvais pronostic	16	Diagnostic	Délai d'accès à l'IRM
37	AXE 3	Lutter contre les cancers de mauvais pronostic	16	Diagnostic	Nombre d'actions d'information / de sensibilisation / de formation des professionnels et des patients sur le sujet des dépistages
38	AXE 3	Lutter contre les cancers de mauvais pronostic	17	Parcours	Nombre d'actions d'information / de sensibilisation des patients sur le sujet des parcours
39	AXE 3	Lutter contre les cancers de mauvais pronostic	18	Soins de support renforcés	Nombre de programmes de soins de support en proximité
40	AXE 3	Lutter contre les cancers de mauvais pronostic	19	Suivi renforcé	Nombre de patients équipés d'un dispositif de télésurveillance
41	AXE 3	Lutter contre les cancers de mauvais pronostic	19	Suivi renforcé	Délai par rapport à la précédente consultation d'IRM
42	AXE 4	S'assurer que les progrès bénéficient à tous	20	Cancers de l'enfant	Nombre d'enfants bénéficiant des dispositifs de suivi à long terme créés

43	AXE 4	S’assurer que les progrès bénéficient à tous	21	Inégalités	Nombre de projets de recherche, d'expérimentations, d'actions soutenus sur les inégalites
44	AXE 4	S’assurer que les progrès bénéficient à tous	21	Inégalités	Nombre d'actions d'information / de sensibilisation adaptées au personnes
45	AXE 4	S’assurer que les progrès bénéficient à tous	22	Territoires isolés (notamment ultra marins)	Nombre de projets adaptés aux territoires isolés soutenus par les ARS
46	AXE 4	S’assurer que les progrès bénéficient à tous	22	Territoires isolés (notamment ultra marins)	Nombre de coopérations avec / entre les territoires isolés soutenus par les ARS
47	AXE 4	S’assurer que les progrès bénéficient à tous	22	Territoires isolés (notamment ultra marins)	Taux d'accès aux équipements (IRM etc.) et à un spécialiste (oncologue, établissement spécialisé en cancero).
48	AXE 4	S’assurer que les progrès bénéficient à tous	23	Gestion de crise	Dispositif opérationnel et activable de gestion de crise

ANNEXE 3 - Fiches méthodologiques des indicateurs privilégiés

Libellé de l'indicateur 1	Taux d'incidence des cancers
Définitions	Nombre de nouveaux cas de cancers sur l'année en cours toutes localisations
Population concernée	Toute la population
Critères d'inclusion	
Numérateur (N)	Nombre de nouveaux cas de cancers sur l'année en cours toutes localisations issus des régistres / et ou SNDS
Dénominateur (D)	Population INSEE
Niveau géographique	Région
Données utilisées	Prédictions d'incidence à partir de données médico-administratives issues du SNDS et des données d'incidence issues des registres de cancers du réseau Francim. Dans les territoires ultramarins, les taux, non lissés, sont calculés à partir des données observées dans les registres des cancers de Guadeloupe (période 2008-2014), Martinique (période 2007-2014) et Guyane (période 2010-2014). https://geodes.santepubliquefrance.fr/#c=indicator&i=inc_l_k_h_2007_2016.tous_est&t=a01&view=map2
Modalités de calcul de l'indicateur	(N/D)*100 000
Intérêt de l'indicateur	Cet indicateur permet de mesurer le nombre de nouveau cas survenu sur une période donnée

Libellé de l'indicateur 1	Taux de dispositifs d'éducation à la prévention créés et proposés
Définitions	Nombre de dispositifs d'éducation à la prévention créés et proposés rapporté à la population des moins de 18 ans
Population concernée	La population des moins de 18 ans
Critères d'inclusion	
Numérateur (N)	Nombre de dispositfis d'éducation à la prévention créés et proposés
Dénominateur (D)	La population des moins de 18 ans
Niveau géographique	Région
Données utilisées	Enquête éducation nationale
Modalités de calcul de l'indicateur	(N/D)*100000
Intérêt de l'indicateur	Cet indicateur permet d'apprécier l'engagement en faveur de l'éducation à la prévention

Libellé de l'indicateur	**Evolution des dépenses de prévention cancer par habitant**
Définitions	Montant des dépenses par habitant consacré à la prévention cancer
Population concernée	Population totale
Critères d'inclusion	
Numérateur (N)	Dépenses du FIR et des Fonds de prévention assurance maladie en euros consacré à la prévention cancer Cela comprend notamment le fonctionnement des structures de gestion des dépistages organisés des cancers (dépistage du cancer du sein, dépistage du cancer colorectal et dépistage expérimental du cancer du col de l'utérus) et des autres actions de prévention primaire et tertiaire, le financement des substituts nicotiniques études et expertises relatives à la lutte contre les cancers
Dénominateur (D)	Population totale
Niveau géographique	Région
Données utilisées	Etats financiers des ARS/INSEE
Modalités de calcul de l'indicateur	Méthode de calcul : Proportion (%) = N/D * 100
Intérêt de l'indicateur	L'objectif de cet indicateur est de mesurer le montant par habitant consacré à la prévention cancer

Libellé de l'indicateur 1	Nombre de maisons "sport santé" labellisées rapporté à 100 000 habitants
Définitions	Nombre de maison "sport santé" labélisées rapporté à 100 000 hab.
Population concernée	Toute population
Critères d'inclusion	
Numérateur (N)	Nombre de maison "sport santé"
Dénominateur (D)	100 000 hab
Niveau géographique	Région
Données utilisées	DGS
Modalités de calcul de l'indicateur	N/D * 100 000
Intérêt de l'indicateur	Les maisons "sport santé" accompagnent des personnes malades ou éloignées de la pratique sportive qui utilisent l'activité physique à des fins de santé.

Libellé de l'indicateur	Prévalence du tabagisme quotidien chez les 18-75 ans
Définitions	Prévalence de la consommation quotidienne de tabac en population adulte
Population concernée	Population métropolitaine
Critères d'inclusion	18-75 ans
Numérateur (N)	Nombre de personnes déclarant fumer tous les jours ou déclarant une consommation de cigarettes (manufacturées ou roulées) par jour
Dénominateur (D)	Nombre de personnes interrogées
Niveau géographique	Métropole et régions métropolitaines
Données utilisées	Baromètre santé (Santé publique France) – enquête téléphonique
Modalités de calcul de l'indicateur	Méthode de calcul : Proportion (%)= N/D * 100 Les estimations ont été pondérées afin de tenir compte de la probabilité d'inclusion (au sein du ménage et en fonction de l'équipement téléphonique), puis redressées sur la structure de la population par sexe croisé avec l'âge en tranches décennales, région, taille d'unité urbaine, taille du foyer et niveau de diplôme
Intérêt de l'indicateur	L'objectif de cet indicateur est d'objectiver la part des personnes dont le risque de développer un cancer est accru à cause de la consommation de tabac, ainsi que l'évolution des habitudes dans le temps

Libellé de l'indicateur	Prévalence des conduites addictives alcool
Définitions	Prévalence de la consommation quotidienne d'alcool en population adulte
Population concernée	Population métropolitaine
Critères d'inclusion	18-75 ans
Numérateur (N)	Nombre de personnes déclarant boire de l'alcool tous les jours
Dénominateur (D)	Nombre de personnes interrogées
Niveau géographique	Métropole et régions métropolitaines
Données utilisées	Baromètre santé (Santé publique France) – enquête téléphonique
Modalités de calcul de l'indicateur	Méthode de calcul : Proportion (%)= N/D * 100 Les estimations ont été pondérées afin de tenir compte de la probabilité d'inclusion (au sein du ménage et en fonction de l'équipement téléphonique), puis redressées sur la structure de la population par sexe croisé avec l'âge en tranches décennales, région, taille d'unité urbaine, taille du foyer et niveau de diplôme
Intérêt de l'indicateur	L'objectif de cet indicateur est d'objectiver la part des personnes dont le risque de développer un cancer est accru à cause de la consommation d'alcool, ainsi que l'évolution des habitudes dans le temps

Libellé de l'indicateur	Prévalence de l'obésité
Définitions	Prévalence de l'obésité
Population concernée	Population générale
Critères d'inclusion	
Numérateur (N)	Nombre de personne qui présentent un IMC > 30
Dénominateur (D)	Population interrogée / extrapolation
Niveau géographique	Département / région
Données utilisées	L'enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité Obépi-Roche
Modalités de calcul de l'indicateur	Méthode de calcul : Proportion (%) = N/D * 100
Intérêt de l'indicateur	L'objectif de cet indicateur est de mesurer le taux de prévalence de l'obésité

Libellé de l'indicateur	Couverture vaccinale pour papillomavirus (HPV) (%) - schéma complet à 16 ans
Définitions	Taux de couverture vaccinale anti HPV
Population concernée	Les personnes âgées de 16 ans : filles ou garçons
Critères d'inclusion	Personnes de 16 ans
Numérateur (N)	Nombre de personnes de 16 ans qui ont reçu un schéma vaccinal complet
Dénominateur (D)	Population de 16 ans
Niveau géographique	Département / région (domicile de la personne à l'âge de 16 ans)
Données utilisées	SNDS
Modalités de calcul de l'indicateur	Méthode de calcul : Proportion (%) = N/D * 100 A décliner selon le sexe
Intérêt de l'indicateur	L'objectif de cet indicateur est de mesurer le taux de couverture vaccinale qui s'inscrit dans une démarche de promotion des comportements favorables à la santé
Liste de codes	Classe ATC J07BM vaccins contre les papillomavirus

Libellé de l'indicateur 1	Taux de cancer lié à une exposition au radon
Définitions	Taux de cancer à surveiller en lien avec environnement
Population concernée	Toute la population
Critères d'inclusion	Toute la population
Numérateur (N)	Nombre de cancer en lien avec une exposition au radon (cancers prioritaires à surveiller et étudier en lien avec l'environnement (santepubliquefrance.fr))
Dénominateur (D)	Nombre total des cancers
Niveau géographique	Région
Données utilisées	SNDS
Modalités de calcul de l'indicateur	N/D
Intérêt de l'indicateur	La surveillance de l'incidence des cancers en France en lien avec un facteur environnemental (comme l'exposition au radon) est indispensable pour détecter des événements inhabituels ou des risques émergents

Libellé de l'indicateur	Nombre de cancers professionnels déclarés
Définitions	Evolution du nombre de cancers professionnels déclarés
Population concernée	
Critères d'inclusion	
Numérateur (N)	Nombre de personnes atteintes d'un cancer qui ont une déclaration de maladie professionnelle à ce titre
Dénominateur (D)	
Niveau géographique	Département / région
Données utilisées	SNDS - branche risques **professionnels** de l'Assurance maladie
Modalités de calcul de l'indicateur	
Intérêt de l'indicateur	Cet indicateur permet de mesurer l'évolution des cancers d'origine professionnelle et de dégager des actions de prévention et d'accompagnement des salariés exposés en lien avec les organismes de préventions

Libellé de l'indicateur	Nombre de personnes participant aux dépistages : Nombre de personnes participant au dépistage du cancer du col de l'utérus (dépistage organisé ou individuel)
Définitions	Le dépistage peut être spontané (individuel) ou sur invitation (organisé) Depuis 2020, le dépistage repose sur un examen cytologique ou un test HPV selon les cas : • Avant 2020 : cytologie tous les 3 ans • Depuis 2020 : test HPV tous les 5 ans de 30 ans à 65 ans et 364 jours. De 25 à 29 ans et 364 jours : cytologie https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Le-programme-de-depistage-organise
Population concernée	Femme de 25 à 65 ans et 364 jours Pas de vérification des critères d'éligibilité (nombre de personnes et pas taux de participation)
Critères d'inclusion	Avoir ≥ 25 ans en début de période et < 66 ans en fin de période
Numérateur (N)	Nombre de femmes âgées de 25 à 29 ans et 364 jours ayant eu un remboursement pour au moins un frottis cervico-utérin sur une période de 3 ans Nombre de femmes âgées de 30 à 65 ans et 364 jours ayant eu un remboursement • pour au moins un frottis cervico-utérin sur une période de 3 ans avant le 1er avril 2020 • pour au moins un test HPV HR sur une période de 5 ans à partir du 1er avril 2020
Dénominateur (D)	-
Niveau géographique	Département / région (domicile de la personne au moment du dépistage)
Données utilisées	SNDS : activité de ville, actes et consultations externes des établissements de santé ou hospitalisation
Modalités de calcul de l'indicateur	Résultats détaillant dépistage organisé, dépistage individuel et contrôle

Intérêt de l'indicateur	L'objectif de cet indicateur est de mesurer la participation au dépistage qui s'inscrit dans une démarche de promotion des comportements favorables à la santé. Il vient en complément des taux de participation estimés par Santé Publique France
Liste des codes	**Dépistage organisé** JKQX261- Examen cytopathologique de prélèvement [frottis] du col de l'utérus pour dépistage organisé JKQX426- Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus pour dépistage organisé ZZQX603- Test de détection du génome des papillomavirus humains oncogènes pour dépistage organisé 27- FCU-DO – Frottis 28- FCU-DO – Technique monocouche 4509- Détection du génome des HPV à haut risque, par une technique moléculaire dans le cadre du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (codage par un médecin biologiste) 31- Détection du génome des papillomavirus humains oncogènes dans le cadre du dépistage organisé (codage par un médecin anatomopathologiste) **Dépistage individuel** JKQX347- Examen cytopathologique de prélèvement [frottis] du col de l'utérus pour dépistage individuel JKQX147- Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus pour dépistage individuel ZZQX268- Test de détection du génome des papillomavirus humains oncogènes pour dépistage individuel 13- FCU-DI – Frottis 26- FCU-DI – Technique monocouche 4127- Détection du génome des HPV à haut risque, par une technique moléculaire dans le cadre du dépistage individuel et du suivi du cancer du col de l'utérus (codage par un médecin biologiste) 24- Détection du génome des papillomavirus humains oncogènes dans le cadre du dépistage individuel (codage par un médecin anatomopathologiste)

Cet indicateur sera décliné selon les quintiles de FDEP

Les bornes des quintiles de FDEP sont calculées au niveau national

Dans chaque région et chaque classe de FDEP : fournir le nombre total de femmes consommant vivantes à la fin de la période décliné en :

- Nombre de femmes avec frottis ou test HPV
- Nombre de femmes sans frottis ni test HPV

Libellé de l'indicateur	Nombre de personnes participant aux dépistages : nombre de personnes participant au dépistage du cancer du sein (dépistage organisé ou individuel)
Définitions	Nombre de personnes participant au dépistage du cancer du sein (dépistage organisé ou individuel)
Population concernée	Femmes ayant ≥ 50 ans en début de période et <75 ans en fin de période Pas de vérification des critères d'éligibilité (nombre de personnes et pas taux de participation)
Critères d'inclusion	Avoir ≥ 50 ans en début de période et ≤ 74 ans en fin de période
Numérateur (N)	Nombre de femmes âgées de 50 à 74 ans ayant réalisé une mammographie bilatérale sur une période de 2 ans en distinguant DO et hors DO
Dénominateur (D)	-
Niveau géographique	Département / région (domicile de la personne au moment du dépistage)
Données utilisées	SNDS : activité de ville, actes et consultations externes des établissements de santé ou hospitalisation
Modalités de calcul de l'indicateur	Résultats séparés DO et hors DO
Intérêt de l'indicateur	L'objectif de cet indicateur est de mesurer la participation au dépistage qui s'inscrit dans une démarche de promotion des comportements favorables à la santé. Il vient en complément des taux de participation estimés par Santé Publique France
Liste des codes	Dépistage organisé : QEQK004- mammographie de dépistage + motif d'exonération prévention Hors dépistage organisé (dépistage individuel ou symptômes ou suivi) : QEQK004- mammographie de dépistage sans motif d'exonération prévention QEQK001- mammographie bilatérale

Libellé de l'indicateur	Nombre de personnes participant aux dépistages : nombre de personnes participant au dépistage organisé du cancer colorectal
Définitions	Nombre de personnes participant au dépistage organisé du cancer colorectal
Population concernée	Les personnes âgées de 50 à 74 ans Pas de vérification des critères d'éligibilité (nombre de personnes et pas taux de participation)
Critères d'inclusion	Avoir ≥ 50 ans en début de période et <76 ans en fin de période
Numérateur (N)	Nombre de personnes âgées de 50 à 75 ans ayant réalisé un test immunologique de recherche de sang dans les selles dans le cadre du dépistage organisé sur une période de 2 ans
Dénominateur (D)	-
Niveau géographique	Département / région (domicile de la personne au moment du dépistage)
Données utilisées	SNDS : activité de ville, actes et consultations externes des établissements de santé ou hospitalisation
Modalités de calcul de l'indicateur	
Intérêt de l'indicateur	L'objectif de cet indicateur est de mesurer la participation au dépistage qui s'inscrit dans une démarche de promotion des comportements favorables à la santé. Il vient en complément des taux de participation estimés par Santé Publique France
Liste des codes	Code 9334 (PRS_NAT_REF)

Libellé de l'indicateur	Journées d'HAD pour administration de chimiothérapie
Définitions	Nombre de journées d'HAD administration de chimiothérapie
Population concernée	Personnes traitées pour cancer en HAD
Critères d'inclusion	Etre en HAD
Numérateur (N)	Nombre de journées en HAD avec administration de chimiothérapie pour traitement du cancer
Dénominateur (D)	-
Niveau géographique	Département / région (domicile de la personne au moment de l'hospitalisation)
Données utilisées	SNDS : PMSI HAD
Modalités de calcul de l'indicateur	-
Intérêt de l'indicateur	L'objectif de cet indicateur est de mesurer le recours à l'HAD pour administration de chimiothérapie
Liste des codes	Personnes traitées pour cancer (in situ, invasif ou TEI) Diagnostic (principal ou diagnostic MPP ou du MPA ou diagnostic associé) ou DGN_ASS_MPP ou DGN_ASS_MPA ou DGN_ASS commence par 'C', 'D0', 'D37', 'D38', 'D39' ou 'D4' Et administration de chimiothérapie Hospitalisations avec un mode de prise en charge principal ou associé « 05-chimiothérapie

Libellé de l'indicateur	Taux de ré hospitalisation après chirurgie d'exérèse du cancer (sein, cancers digestifs, thoraciques, urologiques, gynécologiques, ORL-MF)
Définitions	Chirurgie d'exérèse : méthode utilisée pour la mesure d'activité pour les autorisations. Les critères d'exclusion du séjour de réhospitalisation en secteur MCO : - Séances de la CMD 28, et séjours de la CMD 90 - Insuffisance rénale, avec dialyse (GHM 11K02) - Chimiothérapie pour leucémie aiguë (GHM 17M05) - Chimiothérapie pour autre tumeur (GHM 17M06) - Chimiothérapie pour affections non tumorales (GHM 23M09) - Autres irradiations (GHM 17K04) - Curiethérapies de prostate (GHM 17K05) - Autres curiethérapies et irradiations internes (GHM 17K06) - Autres curiethérapies (GHM 17K08) - Irradiations internes (GHM 17K09) - Prestation inter-établissements (B ; un seul des 2 séjours est conservé) - Pose de chambre implantable en HdJ (code EBLA003)
Population concernée	Personnes ayant eu une chirurgie d'exérèse de cancer
Critères d'inclusion	Chirurgie d'exérèse de cancer en hospitalisation (hospitalisation complète ou ambulatoire) à l'exclusion des : - Séjours en erreur de groupage - Séjours mal chainés - Séjours de patients sortis contre avis médical ou par fuite : Z53.2. - Séjours de patients décédés au cours du séjour index - Prestation inter-établissements (Type_Sej = B)
Numérateur (N)	Nombre de réhospitalisations ≤J30 après la date de sortie du séjour d'exérèse
Dénominateur (D)	Nombre d'hospitalisations avec chirurgie d'exérèse : - hors provenance des urgences et hors provenance d'un établissement (mutation, prestation inter-établissements, transfert) - et sortis vivants vers leur lieu de résidence (domicile ou structure d'hébergement médico-sociale).

Niveau géographique	Département / région (domicile de la personne au moment de l'hospitalisation avec exérèse)
Données utilisées	PMSI SNDS ou ATIH
Modalités de calcul de l'indicateur	Pour chacun des 6 groupes de localisation : sein, cancers digestifs, thoraciques, urologiques, gynécologiques, ORL-MF Méthode de calcul : Proportion (%) = N/D * 100
Intérêt de l'indicateur	L'objectif de cet indicateur est de mesurer la qualité de la prise en charge initiale en identifiant les complications ayant nécessité une réhospitalisation à court et moyen terme

Libellé de l'indicateur 1	Dépendance SSR
Définitions	La dépendance physique : la dépendance physique est déterminée à l'aide des informations du 1er RHA des séjours commencés dans l'année et est égale à la somme des points des variables habillage, déplacement-locomotion, alimentation, continence. Elle se décline selon 4 classes : 4, 5-8, 9-12, 13-16. La dépendance cognitive : la dépendance cognitive est déterminée à l'aide des informations du 1er RHA des séjours commencés dans l'année et est égale à la somme des points des variables comportement et relation-communication. Elle se décline selon 4 classes : 2, 3-4, 5-6, 7-8.
Population concernée	Toute personne hospitalisée en SSR
Critères d'inclusion	1er RHA des séjours commencés dans l'année
Numérateur (N)	Nombre et pourcentage de séjours par niveau de dépendance cognitive Nombre et pourcentage de séjours par niveau de dépendance physique
Dénominateur (D)	
Niveau géographique	Département / région (domicile de la personne au moment de l'hospitalisation)
Données utilisées	Tableaux de cancérologie SSR sur scansanté
Modalités de calcul de l'indicateur	
Intérêt de l'indicateur	L'objectif de cet indicateur est d'informer les décisions relatives à la gradation territoriale de l'offre de SSR en lien avec la gestion des séquelles et la fluidification des prise en charge de la personne après l'hospitalisation

Libellé de l'indicateur	Taux d'emploi après la maladie
Définitions	Taux d'emploi après le cancer
Population concernée	Toutes personnes atteintes d'un cancer
Critères d'inclusion	
Numérateur (N)	Nombre de personne avec diagnostic cancer (algorithme INCA) dans les 5 ans qui perçoit des IJ modulées
Dénominateur (D)	Nombre de personne avec un diagnostic cancer dans les 5 ans
Niveau géographique	Département / région
Données utilisées	SNDS
Modalités de calcul de l'indicateur	Proportion (%) = N/D * 100
Intérêt de l'indicateur	Cet indicateur permet de mesurer le retour à une vie professionnelle, vecteur de relation sociale

Libellé de l'indicateur	Part de la population résidant à plus de 30 minutes d'un IRM
Définitions	Part de la population qui réside à plus de 30 minutes d'un IRM. La population
Population concernée	Population France entière
Critères d'inclusion	Tout âge
Numérateur (N)	Population résidant à plus de 30 minutes d'un IRM
Dénominateur (D)	Population totale
Niveau géographique	IRM : Finess géographique de l'établissement Maille géographique unitaire de travail : commune
Données utilisées	Estimations de la population au 1er janvier, INSEE Données FINESS
Modalités de calcul de l'indicateur	Méthode de calcul : Estimation du temps de trajet du centre de la maille géographique à l'IRM le plus proche. Utilisation du logiciel OSRM Proportion (%) = N/D * 100
Intérêt de l'indicateur	L'objectif de cet indicateur est d'objectiver l'offre de service dans l'objectif de réduire les disparités géographiques

Libellé de l'indicateur	Délai diagnostic-premier traitement : proportion de femmes ayant eu le premier traitement (chirurgie, chimiothérapie ou hormonothérapie) dans un délai inférieur ou égal à 6 semaines à compter de la date de la mammographie précédant le traitement
Définitions	IQSS A présenté dans le rapport https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Cancer-du-sein-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins La date de la mammographie correspond à la date de la dernière mammographie, mammographie d'alerte, s'il n'y a pas eu d'autre mammographie 1 mois avant. Sinon, prendre la date de celle se situant dans le mois avant la dernière mammographie La biopsie correspond à la date de l'acte d'une biopsie du sein (cytoponction non considérée pour le calcul de l'indicateur). Le 1er traitement correspond à une chimiothérapie, une chirurgie ou une hormonothérapie La date du début du 1er traitement correspond à : · chirurgie = date de l'acte chirurgical (exérèse mammaire, curage, exérèse du ganglion sentinelle) · chimiothérapie intraveineuse = date du 1er séjour « chimiothérapie » · hormonothérapie = date de 1ère dispensation
Population concernée	Femmes adultes atteintes d'un carcinome du sein canalaire *in situ* ou invasif non métastatique
Critères d'inclusion	Age > 18 ans Carcinome canalaire *in situ* ou carcinome invasif non métastatique du sein Avoir eu une mammographie Avoir eu une biopsie Avoir reçu au moins un traitement
Numérateur (N)	Nombre de femmes ayant eu le premier traitement dans un délai inférieur ou égal à 6 semaines à compter de la date de la mammographie
Dénominateur (D)	Nombre de femmes ayant eu une mammographie suivie d'un traitement
Niveau géographique	Département / région (domicile de la personne au moment de la mammographie)
Données utilisées	Indicateur calculé sur le SNDS, restitué sur scansanté
	Calcul du délai en semaines : Date du 1er traitement – Date de la dernière mammographie Méthode de calcul : Proportion (%) = N/D * 100

Modalités de calcul de l'indicateur	Méthode de calcul des informations complémentaires : Calcul des délais en semaines : (1a) Date de la biopsie – Date de la dernière mammographie (1b) Date du 1er traitement – Date de la biopsie Calcul des proportions : (1a) Proportion de femmes avec un délai inférieur à 2 semaines (1b) Proportion de femmes avec un délai inférieur à 4 semaines
Intérêt de l'indicateur	Outre qu'ils génèrent une anxiété évitable, les délais d'accès au traitement sont un facteur pronostique. L'intérêt est ici de réduire les délais entraînant des pertes de chance
Liste des codes	le rapport https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Cancer-du-sein-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins

Libellé de l'indicateur	Délai diagnostic-premier traitement : Proportion de patients atteints d'un cancer colorectal dont le délai entre la date de la dernière biopsie et la date du début du premier traitement est conforme aux délais attendus
Définitions	IQSS B du rapport https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Cancer-colorectal-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins La date de la biopsie de diagnostic correspond à la date de la dernière biopsie ayant été réalisée afin de ne pas prendre en compte les biopsies avec un résultat négatif. La biopsie peut être une biopsie seule ou une exérèse de polype. La date du début du 1er traitement correspond à la date du début de la radiothérapie, de la chimiothérapie ou de la chirurgie · Radiothérapie : o secteur MCO : date de la 1re séance avec irradiation · Chimiothérapie : o per os : date de 1ère dispensation o intraveineuse : date du 1er séjour « chimiothérapie » · Chirurgie : o date de l'acte chirurgical
Population concernée	Patients adultes atteints d'un cancer colorectal
Critères d'inclusion	Âge > 18 ans Cancer invasif du côlon, de la jonction recto sigmoïdienne ou du rectum non métastatique, métastatique métachrone ou métastatique synchrone Avoir eu une biopsie Avoir reçu un 1er traitement (chimiothérapie, radiothérapie ou chirurgie carcinologique)
Critère d'exclusion	Antécédent de cancer colorectal Cancer de localisation autre diagnostiqué la même année Problème de chaînage entre les séjours des BDMA Cancer avec double localisation (côlon et/ou rectum et/ou jonction, diagnostiqué dans un intervalle de 6 mois) Patients dont le 1er r traitement est de la radiothérapie en secteur libéral Patients dont le 1er traitement est une chirurgie d'urgence (occlusion ou perforation)
Numérateur (N)	Patients atteints d'un cancer colorectal dont le délai entre la date de la dernière biopsie et la date du début du premier traitement est optimal
Dénominateur (D)	Patients atteints d'un cancer colorectal ayant eu une biopsie et ayant reçu un premier traitement

Niveau géographique	Département / Région (domicile de la personne au moment de la mammographie)
Données utilisées	Indicateur calculé sur le SNDS, restitué sur scansanté
Modalités de calcul de l'indicateur	Méthode de calcul du délai en semaines : Date du 1er traitement – Date Biopsie 3 strates : · Strate A : cancer invasif non métastatique du côlon et de la jonction rectosigmoïdienne ou métastatique métachrone, délai=6 semaines · Strate B : cancer invasif non métastatique du rectum ou métastatique métachrone, délai=8 semaines · Strate C : cancer colorectal métastatique synchrone, délai = 8 semaines
Intérêt de l'indicateur	Outre qu'ils génèrent une anxiété évitable, les délais d'accès au traitement sont un facteur pronostique. L'intérêt est ici de réduire les délais entraînant des pertes de chance.
Liste des codes	Voir le rapport https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Cancer-colorectal-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins

Libellé de l'indicateur	Evolution du montant par patient de la dépense au titre des actions de qualité transversale financée par les ARS au titre du FIR (dont soins de support)
Définitions	Evolution des dépenses consacrées aux actions de qualité transversales des pratiques de soins en cancérologie
Population concernée	Personnes atteinte d'un cancer/PS /structure
Critères d'inclusion	Personne inscrite au registre
Numérateur (N)	Dépenses du FIR en euros actions de qualité transversales des pratiques de soins en cancérologie (sous mission 2-3-5). Il regroupe le dispositif d'annonce, les soins support et la participation des médecins aux RCP
Dénominateur (D)	Nombre de personnes atteintes de cancer
Niveau géographique	Région
Données utilisées	FIR/INCA
Modalités de calcul de l'indicateur	Méthode de calcul : Proportion (%) = N/D * 100
Intérêt de l'indicateur	L'objectif de cet indicateur est de mesurer le montant consacré aux pratiques de soins qui inclut les soins support

Libellé de l'indicateur 1	Nombre de patients qui ont bénéficié d'au moins un acte de télémédecine
Définitions	Nombre de patients atteint d'un cancer qui ont bénéficié d'au moins un acte de télémédecine
Population concernée	Personnes atteintes d'un cancer toute localisation
Critères d'inclusion	Personnes atteintes d'un cancer toute localisation
Numérateur (N)	Nombre de patients atteints d'un cancer (algorithme INCA) avec une téléconsultation - code prestations : 1096,1191,1192,1164 = TLconsultation - code prestations : 3103,3104,3105 = TLconsultationIDE - code prestations : 1172,1174,3593 = TLsurveillance - code prestations : 1097,1193,1194= TLexpertise
Dénominateur (D)	Nombre de personnes atteintes d'un cancer
Niveau géographique	Région
Données utilisées	SNDS
Modalités de calcul de l'indicateur	(N/D)* 100%
Intérêt de l'indicateur	L'accès à la télémédecine en oncologie peut aider à réduire les prises en charge tardives ou inadaptées des patients atteints de cancer, de faciliter leur accompagnement en cours de traitement et leur suivi dans la phase post-cancer

Libellé de l'indicateur 1	Taux de survie pour les cancers pédiatriques
Définitions	Taux de survie à 5 ans des cancers pédiatriques
Population concernée	< 18 ans
Critères d'inclusion	< 18 ans
Numérateur (N)	Nombre d'enfants avec cancer non décédés 5 ans après
Dénominateur (D)	Nombre d'enfants avec cancer présents il y a 5 ans
Niveau géographique	Région
Données utilisées	La surveillance des cancers de l'enfant et l'adolescent est assurée depuis 2000 par le Registre national des tumeurs solides de l'enfant (RNTSE), en complément du Registre national des hémopathies malignes de l'enfant (RNHE)
Modalités de calcul de l'indicateur	(N/D)* 100%
Intérêt de l'indicateur	Cet indicateur permet de mesurer l'amélioration de la prise en charge/ dépistage des cancers pédiatriques

Libellé de l'indicateur	Taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus selon l'indice de défavorisation FDEP
Définitions	Le dépistage peut être spontané (individuel) ou sur invitation (organisé) Depuis 2020, le dépistage repose sur un examen cytologique ou un test HPV selon les cas : • Avant 2020 : cytologie tous les 3 ans • Depuis 2020 : test HPV tous les 5 ans de 30 ans à 65 ans et 364 jours. De 25 à 29 ans et 364 jours : cytologie https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Le-programme-de-depistage-organise
Population concernée	Femme de 25 à 65 ans et 364 jours Pas de vérification des critères d'éligibilité (nombre de personnes et pas taux de participation)
Critères d'inclusion	Avoir ≥ 25 ans en début de période et < 66 ans en fin de période
Numérateur (N)	Nombre de femmes âgées de 25 à 29 ans et 364 jours ayant eu un remboursement pour au moins un frottis cervico-utérin sur une période de 3 ans Nombre de femmes âgées de 30 à 65 ans et 364 jours ayant eu un remboursement • pour au moins un frottis cervico-utérin sur une période de 3 ans avant le 1er avril 2020 • pour au moins un test HPV HR sur une période de 5 ans à partir du 1er avril 2020
Dénominateur (D)	-
Niveau géographique	Département / région (domicile de la personne au moment du dépistage)
Données utilisées	SNDS : activité de ville, actes et consultations externes des établissements de santé ou hospitalisation
Modalités de calcul de l'indicateur	Résultats détaillant dépistage organisé, dépistage individuel et contrôle.
Intérêt de l'indicateur	L'objectif de cet indicateur est de mesurer la participation au dépistage qui s'inscrit dans une démarche de promotion des comportements favorables à la santé.
	Dépistage organisé JKQX261- Examen cytopathologique de prélèvement [frottis] du col de l'utérus pour dépistage organisé JKQX426- Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus pour dépistage organisé

Liste des codes	ZZQX603- Test de détection du génome des papillomavirus humains oncogènes pour dépistage organisé 27- FCU-DO – Frottis 28- FCU-DO – Technique monocouche 4509- Détection du génome des HPV à haut risque, par une technique moléculaire dans le cadre du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (codage par un médecin biologiste) 31- Détection du génome des papillomavirus humains oncogènes dans le cadre du dépistage organisé (codage par un médecin anatomopathologiste) **Dépistage individuel** JKQX347- Examen cytopathologique de prélèvement [frottis] du col de l'utérus pour dépistage individuel JKQX147- Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus pour dépistage individuel ZZQX268- Test de détection du génome des papillomavirus humains oncogènes pour dépistage individuel 13- FCU-DI – Frottis 26- FCU-DI – Technique monocouche 4127- Détection du génome des HPV à haut risque, par une technique moléculaire dans le cadre du dépistage individuel et du suivi du cancer du col de l'utérus (codage par un médecin biologiste) 24- Détection du génome des papillomavirus humains oncogènes dans le cadre du dépistage individuel (codage par un médecin anatomopathologiste)

Cet indicateur sera décliné selon les quintiles de FDEP

Les bornes des quintiles de FDEP sont calculées au niveau national

Dans chaque région et chaque classe de FDEP : fournir le nombre total de femmes consommant vivantes à la fin de la période décliné en

- Nombre de femmes avec frottis ou test HPV
- Nombre de femmes sans frottis ni test HPV

Libellé de l'indicateur	Taux de fuite
Définitions	Taux d'hospitalisations réalisées en dehors de la région pour des personnes domiciliées dans une région donnée Indicateur fourni par scansanté, cancérologie MCO
Population concernée	Personnes ayant une hospitalisation en lien avec le cancer
Critères d'inclusion	Personnes ayant une hospitalisation en lien avec le cancer retenue comme tel par l'algorithme cancer MCO
Numérateur (N)	Nombre d'hospitalisations en dehors de la région pour les patients résidant dans la région
Dénominateur (D)	Nombre total d'hospitalisations pour les patients résidant dans la région
Niveau géographique	Région (domicile de la personne au moment de l'hospitalisation)
Données utilisées	Tableaux de cancérologie MCO sur scansanté
Modalités de calcul de l'indicateur	Méthode de calcul : Proportion (%) = N/D * 100
Intérêt de l'indicateur	Cet indicateur permet de mesurer l'adéquation entre l'offre et la demande de soin sur un territoire donné en quantifiant la part des patients pris en charge en dehors de la région et les établissements accueillant ces personnes L'indicateur peut être décliné par mode de prise en charge, sexe, classe d'âge, type d'hospitalisation ou localisation de cancer
Liste des codes	Voir la notice sur scansanté

Libellé de l'indicateur 1	Nombre d'autorisations temporaires d'activité
Définitions	Nombre d'autorisations temporaires d'activité délivrée
Population concernée	
Critères d'inclusion	
Numérateur (N)	
Dénominateur (D)	
Niveau géographique	Région
Données utilisées	
Modalités de calcul de l'indicateur	
Intérêt de l'indicateur	Pour prendre en charge les personnes atteintes de cancer, les établissements de santé doivent disposer d'une autorisation spécifique délivrée par leur agence régionale de santé (ARS) . En période de crise des autorisartions temporaires d'activité peuvent être dispensées permettant d'assurer la continuité des soins. Le nombre de ces autorisations est un indicateur des tensions

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

INSTRUCTION N° DGCS/SD5B/DSS/SD1A/CNSA/DESMS/2022/81 du 24 mars 2022 relative aux orientations de la troisième phase de campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées pour l'exercice 2021

Le ministre des solidarités et de la santé
La ministre déléguée en charge de l'autonomie
La directrice de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SSAA2209689J (numéro interne : 2022/81)
Date de signature	24/03/2022
Emetteurs	Ministère des solidarités et de la santé Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
Objet	Orientations de la troisième phase de campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées pour l'exercice 2021.
Commande	Mise en oeuvre de la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées.
Action à réaliser	Délégation des crédits aux établissements et services médico-sociaux (ESMS) concernés.
Echéance	Immédiate
Contacts utiles	**Direction générale de la cohésion sociale** Sous-direction des affaires financières et de la modernisation Bureau de la gouvernance du secteur social et médico-social Personne chargée du dossier : Hugues BELAUD Tél. : 01 40 56 76 68 Mél. : hugues.belaud@social.gouv.fr **Direction de la sécurité sociale** Sous-direction du financement du système de soins Bureau des établissements de santé et médico-sociaux Personne chargée du dossier : Dorine BIANCO Tél. : 01 40 56 75 27 Mél. : dorine.bianco@sante.gouv.fr

cnsa
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie Direction des établissements et services médico-sociaux Pôle allocation budgétaire Personne chargée du dossier : Romain SIBILLE Tel. : 01 53 91 21 95 Mél. : romain.sibille@cnsa.fr
Nombre de pages et annexes	4 pages + 2 annexes (2 pages) Annexe 1 – Modalités de détermination des crédits complémentaires inclus dans les dotations régionales limitatives des agences régionales de santé (ARS) Annexe 2 – Tableau CNSA 3ème circulaire campagne budgétaire 2021
Résumé	Cette instruction organise la troisième partie de campagne budgétaire 2021 visant, d'une part, à compenser les pertes de recettes d'hébergement/accompagnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et des accueils de jour (AJ) liées à l'épidémie de Covid-19 et, d'autre part, à poursuivre le financement de la prime « Grand Âge ».
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer.
Mots-clés	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), crédits non reconductibles (CNR), dotations régionales limitatives (DRL), établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), établissements et services médico-sociaux (ESMS), financements complémentaires, fonds d'intervention régional (FIR), loi de financement de sécurité sociale (LFSS), mesures nouvelles, objectif global de dépenses (OGD).
Classement thématique	Etablissements sociaux et médico-sociaux
Textes de référence	- Code de l'action sociale et des familles (CASF), notamment ses articles L. 314-3 et L. 314-3-1 ; - Article 12-II de la loi n° 2018-32 du 22 janvier 2018 de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022 ; - Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 ; - Décret n° 2020-66 du 30 janvier 2020 portant création d'une prime « Grand âge » pour certains personnels affectés dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 ; - Décret n° 2007-1188 du 3 août 2007 portant statut particulier du corps des aides-soignants et des agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière ; - Arrêté du 30 janvier 2020 fixant le montant de la prime instituée par le décret n° 2020-66 du 30 janvier 2020 portant création d'une prime « Grand âge » pour certains personnels affectés dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 ;

	- Instruction N° DGCS/5C/DSS/1A/CNSA/DESMS/2021/119 du 8 juin 2021 relative aux orientations de l'exercice 2021 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées ; - Instruction N° DGCS/5C/DSS/1A/CNSA/DESMS/2021/229 du 16 novembre 2021 complémentaire à l'instruction N° DGCS/5C/DSS/1A/CNSA/DESMS/2021/119 du 8 juin 2021 relative aux orientations de l'exercice 2021 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées.
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Les agences régionales de santé pourront diffuser la présente instruction aux établissements et organismes concernés.
Validée par le CNP le 1er avril 2022 - Visa CNP 2022-39	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

235M€ de financements supplémentaires non reconductibles au titre de l'année 2021 vous sont alloués et répartis entre régions dans le cadre de cette troisième phase de délégation budgétaire. Ils vont permettre, d'une part, de soutenir les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) les plus fragilisés en compensant prioritairement leurs pertes de recettes constatées sur les neuf derniers mois de l'année 2021 et, d'autre part, de financer la tranche 2021 de la prime « Grand Âge » allouée dans les établissements et services pour personnes âgées relevant de la fonction publique hospitalière (FPH) et de la fonction publique territoriale (FPT).

I. 217 M€ au titre de la crise sanitaire pour compenser prioritairement l'impact des pertes de recettes sur l'hébergement

Un montant de 217M€ est alloué aux agences régionales de santé (ARS) afin de compenser prioritairement l'impact des pertes de recettes évaluées sur la période comprise entre le 1er avril 2021 et le 31 décembre 2021 pour les EHPAD majoritairement habilités à l'aide sociale (établissements ayant plus de 50% des places d'hébergement habilitées à l'aide sociale sur la capacité totale autorisée). Les modalités de répartition de ce montant sont détaillées en annexe 1.

Le montant alloué à chaque établissement sera individualisé et sera dépendant de l'impact des pertes de recettes sur l'hébergement liées à la crise sanitaire sur la situation financière globale de l'établissement constatée en 2021 dans le cadre, notamment, de l'étude des états réalisés des recettes et des dépenses (ERRD) ou de l'analyse de l'impact de l'évolution du taux d'occupation 2021 par rapport aux années précédentes.

Ces crédits sont délégués aux établissements de manière non reconductibles.

II. 18 M€ au titre de la prime « Grand Âge »

Un montant de 18 M€ est alloué aux ARS afin de couvrir le financement de la tranche 2021 de la prime « Grand Age » en vigueur dans le secteur public depuis le 1er janvier 2020 ainsi que l'impact sur les dotations déjà versées par les établissements aux professionnels d'une réévaluation du taux de charges moyen.

Cette prime s'élève mensuellement à 154,73 € pour un équivalent temps plein (comprenant un taux de charges sociales et fiscales moyen de l'employeur). Elle s'applique aux personnels aides-soignants, aides médico-psychologiques et accompagnants éducatif et social, dans les établissements et services pour personnes âgées relevant de la fonction publique hospitalière (FPH) et de la fonction publique territoriale (FPT)[1].

Vous déléguerez aux établissements et services couverts par la prime, ce montant complémentaire à la prime « Grand Âge » en crédits non reconductibles pour l'année 2021.

III. Enregistrements comptables de ces financements dans les établissements et services bénéficiant de ces crédits non reconductibles

Les crédits mentionnés aux I et II de la présente instruction sont imputés au niveau national sur l'exercice 2021. Pour autant, il n'est plus possible pour les établissements et services concernés par ces crédits de passer des écritures comptables sur l'exercice 2021.

En conséquence, ces financements devront être enregistrés en produits de la tarification sur l'exercice 2022. A la clôture de cet exercice, les excédents d'exploitation qu'ils sont susceptibles de générer seront affectés conformément aux dispositions prévues par l'article R. 314-234 du code de l'action sociale et des familles, en priorité à l'apurement des déficits antérieurs (notamment sur l'exercice 2021).

Vu au titre du CNP par le secrétaire général
des ministères chargés des affaires sociales,

signé

Etienne CHAMPION

Pour les ministres et par délégation :
La cheffe de service, adjointe au
directeur de la sécurité sociale,

signé

Marianne KERMOAL-BERTHOME

Pour les ministres et par délégation :
La directrice générale de la cohésion sociale,

signé

Virginie LASSERRE

La directrice de la Caisse nationale
de solidarité pour l'autonomie,

signé

Virginie MAGNANT

[1] Instruction n° DGCS/SD5C/DSS/SD1A/CNSA/DESMS/2020/87 du 5 juin 2020 relative aux orientations de l'exercice 2020 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées.

ANNEXE 1

MODALITÉS DE DÉTERMINATION DES CREDITS COMPLEMENTAIRES INCLUS DANS LES DOTATIONS REGIONALES LIMITATIVES DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTE (ARS)

La présente annexe détaille les modalités de répartition des mesures précisées dans la présente instruction. Les crédits octroyés pour ces différentes mesures sont exclusivement des crédits non reconductibles.

1. Financements complémentaires à destination des EHPAD les plus fragiles

Une enveloppe de 217 M€ est répartie entre les ARS afin de soutenir les EHPAD fragilisés notamment du fait des pertes de recettes et des éventuels surcoûts liés à la crise sanitaire. Ces crédits sont répartis de la manière suivante :

$$\text{Ratio} = \frac{\text{Total par ARS des CNR pertes de recettes COVID-19 et surcoûts tarifés en 2021 pondéré par la proportion d'EHPAD majoritairement habilités à l'aide sociale dans la région}}{\text{Total des crédits non reconductibles (CNR) pertes de recettes COVID-19 et surcoûts tarifés en 2021 pondéré par la proportion d'EHPAD majoritairement habilités à l'aide sociale au national}}$$

2. Complément prime grand âge

Un complément de 18 M€ à l'enveloppe déléguée en 2020 vous est alloué pour les établissements et services médico-sociaux (ESMS) éligibles de la fonction publique. Cette mesure est répartie entre les ARS, au regard des forfaits soins 2021 des EHPAD éligibles pour 82% de l'enveloppe, ainsi que du poids des places des accueils de jour (AJ), d'hébergement temporaire (HT), des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD et SPASAD), des résidences-autonomie (RA) et des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées (EHPA) médicalisés éligibles pour les 18% restants, selon la clé suivante :

$$\textit{Ratio} = \frac{\textit{Forfaits soins 2021 des ESMS éligibles par ARS}}{\textit{Forfaits soins 2021 EHPAD éligibles au niveau national}} + \frac{\textit{Capacités RA \& EHPAD med, AJ HT SSIAD \& SPASAD éligibles par ARS}}{\textit{Capacités RA \& EHPAD med, AJ HT SSIAD \& SPASAD éligibles au niveau national}}$$

Une délégation de la mesure en pérenne sera intégrée dans le cadre de l'instruction budgétaire 2022.

ANNEXE 2

Tableau CNSA 3ème circulaire campagne budgétaire 2021

Calcul des Dotations Régionales Limitatives (DRL) 2021 sur le champ des personnes âgées (PA)

SECTEUR PA	DRL PA 2021	*Dont CNR Nationaux*	NOTIFICATION COMPLEMENTAIRE		DRL PA 2021	*Dont CNR Nationaux*
	nov-2021	*nov-2021*	CNR - Prime grand âge secteur public	CNR - Soutien EHPAD fragilisés	*mars-22*	*mars-22*
Formules	42=∑ (28:41)+27	43 = 26+ (39;41	44	45	46 = 42 + ∑(44; 45)	47 =43 + ∑(44; 45)
Auvergne-Rhône-Alpes	***1 799 526 449 €***	***68 512 563 €***	*2 736 560 €*	*34 414 448 €*	***1 836 677 458 €***	***105 663 571 €***
Bourgogne-Franche-Comté	***777 465 036 €***	***29 663 923 €***	*1 116 198 €*	*12 440 097 €*	***791 021 332 €***	***43 220 218 €***
Bretagne	***904 792 013 €***	***24 100 461 €***	*1 514 916 €*	*13 600 311 €*	***919 907 240 €***	***39 215 688 €***
Centre-Val de Loire	***671 426 091 €***	***22 877 048 €***	*1 100 595 €*	*9 523 478 €*	***682 050 164 €***	***33 501 120 €***
Corse	***52 757 674 €***	***1 039 224 €***	*15 286 €*	*370 192 €*	***53 143 153 €***	***1 424 703 €***
Grand Est	***1 196 339 861 €***	***44 627 437 €***	*1 492 836 €*	*20 893 486 €*	***1 218 726 182 €***	***67 013 758 €***
Guadeloupe	***45 917 866 €***	***986 722 €***	*33 336 €*	*473 308 €*	***46 424 510 €***	***1 493 366 €***
Guyane	***10 527 195 €***	***111 899 €***	*8 618 €*	*63 291 €*	***10 599 103 €***	***183 808 €***
Hauts-de-France	***1 145 354 594 €***	***37 165 914 €***	*1 615 356 €*	*13 729 784 €*	***1 160 699 734 €***	***52 511 054 €***
Ile-de-France	***1 630 339 636 €***	***81 082 980 €***	*1 104 865 €*	*24 758 330 €*	***1 656 202 832 €***	***106 946 176 €***
La Réunion	***53 155 607 €***	***1 092 655 €***	*23 932 €*	*590 640 €*	***53 770 179 €***	***1 707 227 €***
Martinique	***55 306 196 €***	***682 015 €***	*52 200 €*	*337 527 €*	***55 695 923 €***	***1 071 742 €***
Mayotte	***1 579 850 €***	***4 063 €***	*0 €*	*0 €*	***1 579 850 €***	***4 063 €***
Normandie	***786 250 148 €***	***23 573 803 €***	*1 185 764 €*	*12 092 739 €*	***799 528 650 €***	***36 852 306 €***
Nouvelle-Aquitaine	***1 596 459 566 €***	***47 348 547 €***	*2 106 682 €*	*23 017 507 €*	***1 621 583 755 €***	***72 472 736 €***
Occitanie	***1 412 866 749 €***	***46 956 006 €***	*1 708 730 €*	*23 823 902 €*	***1 438 399 380 €***	***72 488 637 €***
Pays de la Loire	***947 550 889 €***	***25 422 419 €***	*1 341 219 €*	*15 091 024 €*	***963 983 132 €***	***41 854 662 €***
Provence-Alpes-Côte d'Azur	***1 067 818 667 €***	***38 370 133 €***	*842 907 €*	*11 779 937 €*	***1 080 441 511 €***	***50 992 976 €***
TOTAL	14 155 434 088 €	493 617 811 €	18 000 000 €	217 000 000 €	14 390 434 088 €	728 617 811 €

GOUVERNEMENT
Liberté
Égalité
Fraternité

NOTE D'INFORMATION INTERMINISTERIELLE N° DSS/2A/DB/2022/89 du 25 mars 2022 relative à la prise en charge des frais de santé liés aux soins dispensés aux Ukrainiens et ressortissants d'Etat tiers résidant en Ukraine

Le ministre des solidarités et de la santé
Le ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la relance, chargé des comptes publics

à

Mesdames et Messieurs les directeurs des établissements de santé
Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé
(pour diffusion)

Référence	NOR : SSAS2210141N (numéro interne : 2022/89)
Date de signature	25/03/2022
Emetteurs	Ministère des solidarités et de la santé Ministère de l'économie, des finances et de la relance Direction de la sécurité sociale
Objet	Prise en charge des frais de santé liés aux soins dispensés aux Ukrainiens et ressortissants d'Etat tiers résidant en Ukraine.
Contact utile	Sous-direction de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail Bureau de l'accès aux soins et des prestations de santé Sara DONATI Mél. : sara.donati@santé.gouv.fr
Nombre de pages et annexe	3 pages
Résumé	Cette note d'information interministérielle présente les mesures mises en place pour garantir l'accès aux soins des réfugiés en provenance d'Ukraine. L'autorisation provisoire de séjour délivrée aux réfugiés provenant d'Ukraine permet l'accès à la protection universelle maladie et à la complémentaire santé solidaire. Dans l'attente de la délivrance de ce titre, l'accès élargi aux soins urgents est prévu, avec une procédure simplifiée.
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux départements d'Outre-mer dans lesquels s'appliquent les dispositifs de la protection universelle maladie, de la complémentaire santé solidaire et des soins urgents.
Mots-clés	Protection temporaire, protection universelle maladie, complémentaire santé solidaire, soins urgents.
Classement thématique	Assurance maladie, maternité, décès

Textes de référence	- Articles L. 160-8 et L. 160-9 du code de la sécurité sociale - Article L. 861-3 du code de la sécurité sociale - Article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles
Rediffusion locale	Etablissements de santé, professionnels de santé, associations.
Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP du 15 avril 2022 – N° 44	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

La présente note d'information interministérielle précise les modalités de prise en charge des soins dispensés aux personnes résidant en Ukraine qui viennent se réfugier en France, dans la cadre de la protection temporaire mise en place en application de la directive 2001/55/CE. Elle précise également les mesures exceptionnelles applicables jusqu'au 31 mai 2022 pour la prise en charge des soins hospitaliers délivrés aux personnes en attente de document justifiant du bénéfice de la protection temporaire et aux personnes en transit en France vers un autre pays et qui nécessitent des soins.

1. La prise en charge des soins pour les bénéficiaires de la protection temporaire

La protection universelle maladie et la complémentaire santé solidaire sont accordées sans délai à leur arrivée en France aux personnes résidant en Ukraine ayant obtenu le bénéfice de la protection temporaire mise en place en application de la directive 2001/55/CE, sur présentation d'un document justifiant du bénéfice de la protection temporaire ou tout document transmis par les préfectures aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) portant cette mention.
Ces personnes se voient ainsi délivrer une attestation de droits à l'assurance maladie et la complémentaire santé solidaire leur permettant de bénéficier de soins intégralement pris en charge par l'assurance maladie (dans le cadre du panier de soins prévu pour la complémentaire santé solidaire) et sans avoir à en avancer les frais.

Les droits à la protection universelle maladie et à la complémentaire santé solidaire sont ouverts rétroactivement à compter de la date d'arrivée sur le territoire.

2. La prise en charge des soins hospitaliers pour les personnes en attente d'un document justifiant du bénéfice de la protection temporaire et pour les personnes en transit en France et qui nécessitent des soins

La mise en place de la protection temporaire étant inédite, la délivrance du titre de séjour associé (autorisation provisoire de séjour portant la mention « bénéficiaire de la protection temporaire ») peut prendre du temps. Par ailleurs, la situation de certains demandeurs de la protection temporaire nécessite une instruction approfondie. Dans ces cas-là, en attendant la fin de l'instruction de leur demande, les demandeurs obtiennent une attestation provisoire de séjour d'une durée de validité d'un mois. Ce document ne permet pas l'ouverture des droits à la protection universelle maladie et à la complémentaire santé solidaire.

Aussi, pour les personnes en provenance d'Ukraine dont les droits ne sont pas encore ouverts et qui nécessitent des soins hospitaliers, la prise en charge au titre des soins urgents mentionnés au L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles est autorisée de façon dérogatoire, dans l'attente de la délivrance de l'autorisation provisoire de séjour, pour l'ensemble des soins hospitaliers, y compris pour les situations où le pronostic vital n'est pas en jeu.

Pour obtenir le règlement de ces frais, l'établissement de santé doit adresser à la caisse d'assurance maladie la facture des soins accompagnée de la copie d'un document justifiant de la résidence du patient en Ukraine (passeport avec ou sans visa, pièce d'identité, titre de séjour ukrainien en cours de validité, autre justificatif de résidence). Dans cette situation, le dépôt préalable d'une demande d'aide médicale de l'Etat (AME) et le refus suite à cette demande ne sont pas requis. L'établissement de santé doit indiquer sur l'avis de somme à payer « *SU dispense de refus AME / Absence autorisation provisoire de séjour portant la mention : « bénéficiaire de la protection temporaire »* et le transmettre à sa caisse pivot selon le circuit habituel pour que cette procédure dérogatoire puisse s'appliquer.

Cette procédure exceptionnelle s'applique aux soins hospitaliers délivrés jusqu'au 31 mai 2022 aux ressortissants ukrainiens et ressortissants d'Etat tiers résidant en Ukraine dans l'attente d'un document justifiant du bénéfice de la protection temporaire. Les personnes en transit vers un autre pays peuvent également être concernées par cette procédure, lorsqu'elles nécessitent des soins à l'hôpital au cours de leur passage en France.

Après le 1er juin 2022, sauf prolongation du dispositif dérogatoire, la procédure de droit commun s'applique. Les personnes ne disposant d'aucun titre de séjour depuis plus de trois mois et ayant de faibles ressources peuvent être éligibles à l'Aide médicale de l'Etat. Ainsi, en application de l'article D. 252-2 du CASF, les premières demandes d'AME peuvent être déposées auprès des établissements de santé et permanences d'accès aux soins de santé (PASS) mentionnées à l'article L. 6111-1-1 du code de la santé publique dans lequel le demandeur ou un membre de son foyer est pris en charge. Les demandes d'AME doivent être transmises à la caisse locale dans des délais raisonnables et en tout état de cause dans les 8 jours au maximum. En cas d'urgence (présence d'un certificat médical mentionnant un besoin de soins), le dossier doit être transmis le jour même de son dépôt en établissement de santé. Le dispositif des soins urgents est réservé aux personnes en situation irrégulière qui ne peuvent pas bénéficier de l'AME et aux demandeurs d'asile majeurs qui sont en attente d'affiliation à la protection universelle maladie. Il permet uniquement la prise en charge des soins réalisés en établissement hospitalier, 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, ainsi que les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie, les soins de la femme enceinte et du nouveau-né.

Pour les ministres et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,

Franck VON LENNEP

MINISTÈRE CHARGÉ DE L'AUTONOMIE
Liberté
Égalité
Fraternité

CIRCULAIRE N° CABINET/CNSA/DESMS/2022/115 du 28 mars 2022 relative au plan de rattrapage de l'offre personnes âgées dans les régions insulaires et ultramarines

La ministre déléguée auprès du ministre des solidarités et de la santé,
chargée de l'autonomie
La directrice de la Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SSAA2212297C (Numéro interne : 2022/115)
Date de signature	28/03/2022
Emetteurs	Ministère chargé de l'autonomie Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
Objet	Plan de rattrapage de l'offre personnes âgées dans les régions insulaires et ultramarines.
Commande	Evaluation des besoins et programmation de l'offre dans les territoires ultramarins et la Corse dans le secteur des personnes âgées.
Actions à réaliser	Formalisation d'une proposition de développement de nouvelles solutions ayant une ouverture en 2022 avec un impact sur les crédits de dotation soins 2022 ; Elaboration d'un état des besoins connus de rénovation, réhabilitation et reconstruction de l'offre existante ; Formalisation d'une stratégie pluriannuelle de développement de l'offre, comprenant un calendrier prévisionnel d'utilisation d'une part des crédits de dotation soins au-delà de 2022 et d'autre part des crédits d'aide à l'investissement.
Echéance	Premier semestre 2022
Contacts utiles	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie Direction des établissements et services médico-sociaux Gaël HILLERET Tél. : 01 53 91 28 43 Mél. : gael.hilleret@cnsa.fr Romain SIBILLE Tél. : 01 53 91 21 95 Mél. : romain.sibille@cnsa.fr

cnsa
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Nombre de pages et annexes	4 pages + 2 annexes (2 pages) Annexe 1 - Tableau de répartition régionale des « droits de tirage » de dotation soins Annexe 2 - Tableau de répartition des crédits d'aide à l'investissement
Résumé	L'instruction présente les modalités d'un plan de rattrapage de l'offre des personnes âgées dans les régions insulaires et ultramarines et invite les agences régionales de santé (ARS) de ces régions à transmettre en retour leurs propositions.
Mention Outre-mer	Le texte s'applique aux régions ultramarines et à la Corse
Mots-clés	Corse, Outre-mer, offre médico-sociale, personnes âgées.
Classement thématique	Action sociale – personnes âgées
Texte de référence	Néant
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Néant
Validée par le CNP le 12 novembre 2021 – Visa CNP 2021-140	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

Par rapport aux autres régions françaises, les régions insulaires et ultramarines se caractérisent non seulement par un taux d'équipement en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) 2 à 3 fois moindre, mais aussi par une dynamique de vieillissement plusieurs fois supérieure de nature à accroître encore fortement les écarts dans les prochaines décennies. Le rapport d'information « *le grand âge dans les Outre-Mer* » des députées Stéphanie ATGER et Ericka BAREIGTS a souligné l'ampleur des enjeux et défis de ces territoires, dans des contextes culturels et géographiques particuliers.

		Population GIR 1-2 : évol° par rapport à 2015		Population GIR 3-4: évol° par rapport à 2015	
Région	Taux d'équipement EHPAD	En 2030	En 2050	En 20302	En 20503
Guyane	40	90%	266%	125%	377%
Réunion	33	36%	79%	63%	148%
Guadeloupe	39	35%	68%	60%	121%
Corse	50	26%	54%	46%	100%
Martinique	44	28%	54%	52%	98%
France métropolitaine	100	9%	27%	31%	71%
Mayotte : données manquantes	*Nb places EHPAD pour 1 000 habitants 75 ans et + (2019)*	*Projections modèle LIVIA, scénario central, hypothèse intermédiaire*			

Pour répondre à ces défis, le Gouvernement engage un programme de rattrapage de l'offre personnes âgées qui vise à proposer de nouvelles solutions aux personnes et à leurs familles, plus précisément celles ayant les besoins d'accompagnement et de soins les plus prononcés, les situations sociales les plus précaires et les plus isolées. Pour l'organiser en lien avec les collectivités départementales et les acteurs locaux, vous construirez une stratégie de développement de l'offre, pour laquelle vous définirez les offres les plus pertinentes à développer : hébergement permanent en EHPAD ; accueil temporaire, séquentiel, de jour ; services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) , service d'accueil, de protection, de soutien et d'accompagnement à domicile (SPASAD), soutien renforcé au maintien à domicile ; petites unités de vie, habitats inclusifs, projets expérimentaux…

Vous pourrez disposer à cet effet :

- d'une part, **d'une enveloppe d'aide à l'investissement**, représentant pour la totalité de vos régions 75 M€ soit 5% des crédits du plan d'investissement du Ségur de la santé ;
- d'autre part d'un **droit de tirage pluriannuel de crédits de dotations soins**, représentant à terme pour la totalité de vos régions **80 M€**.

Ces deux enveloppes doivent vous permettre de combiner les rénovations, réhabilitations et reconstructions de l'offre existante, l'optimisation de celle-ci, en particulier au travers de l'autorisation d'extensions d'établissements ou de services existants, mais aussi le développement d'offres nouvelles sur la base d'appels à manifestation d'intérêt, à candidatures ou d'appels à projets.

Afin d'obtenir des projets de qualité dans les délais, il est rappelé qu'une part des crédits d'aide à l'investissement peut être utilisée pour des études préalables, assistance à maîtrise d'ouvrage et aides en ingénierie.

Les crédits de dotation soins à terme (80 M€ en 2025) sont répartis au prorata d'un indice de besoin, établi pour 95% à partir d'une estimation du nombre de places à créer dans chaque région pour atteindre des taux d'équipement cible pour les EHPAD, les accueils de jour/ accueils-hébergements temporaires (AJ/HT) et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et pour 5% de façon inversement proportionnelle au nombre d'actes de soins infirmiers réalisés par habitant de 75 ans et plus.

Le phasage envisagé par année des délégations de crédits de paiement est le suivant :

2022	2023	2024	2025
10 M€	20 M€	20 M€	30 M€

Les crédits d'investissement sont répartis au prorata :

- du tiers du nombre de places existantes en EHPAD habilitées à l'aide sociale, indicateur des besoins potentiels de rénovation, réhabilitation, reconstruction ;
- d'un nombre de places théoriques à créer, fixé à 2 400 places, majoré de 10% pour tenir compte des coûts plus élevés des créations par rapport aux rénovations, multiplié par le poids de chaque région dans l'indice de besoin décrit ci-dessus et utilisé pour répartir le droit de tirage sur la dotation soins.

Les résultats sont présentés en annexe 1 et 2 à la présente instruction. Les nombres de places calculés sont des chiffres théoriques calculés dans un but de répartition des crédits et non pour fixer un cadre aux stratégies régionales de développement de l'offre.

A partir de ce cadrage, les retours suivants sont attendus :

- une proposition de développement de nouvelles solutions ayant une ouverture en 2022 et un impact sur les crédits de dotation soins 2022 ;
- un état à date des besoins connus de rénovation, réhabilitation et reconstruction de l'offre existante, comprenant la liste des projets dont le soutien en investissement est envisagé et le niveau de maturité correspondant ;
- pour la fin du premier semestre 2022, une proposition de stratégie pluriannuelle de développement de l'offre, comprenant un calendrier prévisionnel d'utilisation d'une part des crédits de dotation soins au-delà de 2022 et d'autre part des crédits d'aide à l'investissement.

Nous mesurons l’engagement qui s’attache à la mise en œuvre de cette ambition, et savons pouvoir compter sur votre mobilisation.

La ministre déléguée auprès du ministre des solidarités et de la santé, chargée de l'autonomie,

Brigitte BOURGUIGNON

La directrice de la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie,

Virginie MAGNANT

Annexe 1 : tableau de répartition régionale des « droits de tirage » de dotation soins

- Composante A : dotation avant pondération par le volume d'actes infirmiers de soins (AIS) attribué à l'agence régionale de santé (ARS) j :

$$\boldsymbol{Dotation\ ARS_j} = \sum_{i=0}^{n} \boldsymbol{nbre\ de\ places} \text{ à } \boldsymbol{cr\acute{e}er_i} \times \boldsymbol{co\hat{u}t\ moyen} \text{ à } \boldsymbol{la\ place\ national\ pond\acute{e}r\acute{e}\ DROM_i}$$

Où $nbre\ de\ place \text{ à } cr\acute{e}er_i = \left(Taux\ \acute{e}quipement\ cible_i \times \frac{pop.projetée>75\ ans}{1000}\right) - Nbre\ de\ places\ projetées_i$

Avec :

$i = cat\acute{e}gorie\ d'$établissements et services médico − sociaux $(ESMS)$
$+$ unités de soins de longue durée$(USLD)$

$Taux\ \acute{e}quipement\ cible_i = donnée\ fixée\ selon\ hypothèses$

$Nbre\ de\ places\ projetées_i = Nb\ de\ places\ installées\ 2020_i + Nb\ de\ places\ programmées\ 2020_i$

- Composante B : critère de pondération par le volume d'AIS

Pour chaque ARS j parmi les ARS éligibles au plan, nous appliquons la formule suivante :

$$\boldsymbol{Pond\acute{e}ration\ ARS_j} = \frac{\boldsymbol{Poids\ ARS_j}}{\sum_j^m \boldsymbol{Poids\ ARS_j}}$$

Où $Poids\ ARS_j = \frac{\sum_j^m Nbre\ d'AIS\ par\ hbt>75ans_j}{Nbre\ d'AIS\ parhbt>75ans_j}$

Il s'agit donc d'appliquer ici une pondération inversement proportionnelle au nombre d'AIS par habitant de 75 ans et plus.

Ainsi, la dotation finale par ARS est calculée de la manière suivante :

$$\boldsymbol{Dotation\ pond\acute{e}r\acute{e}e\ ARS_j} = \mathbf{0,95} \times \boldsymbol{Dotation\ ARS_j} + \mathbf{0,05} \times \boldsymbol{Pond\acute{e}ration\ ARS_j}$$

En appliquant le critère décrit précédemment à une enveloppe totale de 80 M€, l'enveloppe attribuée à chaque région est la suivante :

Région	*Composante A*	*Composante B*	*Total*
Corse	11 077 825 €	238 083 €	**11 315 908 €**
Guadeloupe	16 526 084 €	258 711 €	**16 784 795 €**
Martinique	13 296 382 €	217 482 €	**13 513 864 €**
Guyane	4 723 676 €	374 101 €	**5 097 778 €**
La Réunion	27 998 572 €	203 647 €	**28 202 219 €**
Mayotte	2 377 461 €	2 707 976 €	**5 085 436 €**
DROM + CORSE	76 000 000 €	4 000 000 €	**80 000 000 €**

Annexe 2 : tableau de répartition des crédits d'aide à l'investissement

Région	Nb places EHPAD HAS	Nb théorique de places EHPAD à rénover	Part régionale dans les dotation soins	Nb théorique de places à créer : 2 400 x part régiona	Montant total	Enveloppe 2021	Reste à déléguer
	(A)	(B) = (A) / 3	(C)	(D) = 2 400 x (C)	(E) Répartition de 75 M€ au prorata de (B) + (D) x 1,1	(F)	(G) = (E) - (F)
Corse	1 850	617	14%	339	15 543 581	4 886 970	10 656 611
Guadeloupe	1 301	434	21%	504	15 503 914	4 236 430	11 267 484
Martinique	1 613	538	17%	405	15 442 049	4 591 477	10 850 572
Guyane	199	66	6%	153	3 682 389	847 300	2 835 089
La Réunion	1 449	483	35%	846	22 193 447	4 717 823	17 475 624
Mayotte	0	-	6%	153	2 634 620	720 000	1 914 620
		2 137		2 400	75 000 000	20 000 000	55 000 000

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

INSTRUCTION N° DGOS/R4/2022/85 du 29 mars 2022 relative au cadre juridique des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie et à la politique de réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention

Le ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SSAH2210093J (numéro interne : 2022/85)
Date de signature	29/03/2022
Emetteurs	Ministère des solidarités et de la santé Direction générale de l'offre de soins
Objet	Cadre juridique des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie et politique de réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention.
Commande	Accompagner les établissements de santé autorisés en psychiatrie dans la mise en place d'une politique de prévention du recours aux mesures d'isolement et de contention.
Action à réaliser	Communiquer l'instruction aux établissements de santé autorisés en psychiatrie.
Echéance	Immédiate
Contact utile	Sous-direction de la régulation de l'offre de soins Bureau prises en charge post-aigües, santé mentale, populations spécifiques et pathologies chroniques (R4) Personne chargée du dossier : MULLER Marie-Camille Tél. : 01 40 56 65 76 Mél. : DGOS-R4@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	18 pages + 5 annexes (28 pages) Annexe 1 – Frises illustratives du dispositif de contrôle des mesures d'isolement et de contention et tableaux récapitulatifs Annexe 2 – Formulaire-type relatif à l'information donnée au juge des libertés et de la détention en cas de maintien d'une mesure d'isolement ou de contention

	Annexe 3 – Formulaire-type relatif à la saisine du juge des libertés et de la détention (JLD) relative à une mesure d'isolement et/ou de contention Annexe 4 – Notice concernant le recueil des mesures d'isolement et de contention dans le recueil d'informations médicalisé pour la psychiatrie (RIM-P) Annexe 5 – Circulaire du 25 mars 2022 de présentation des dispositions du décret n° 2022-419 du 23 mars 2022 modifiant la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement
Résumé	Le législateur a adopté début 2022 un article de loi définissant un nouveau cadre juridique pour les mesures d'isolement et de contention en psychiatrie, avec contrôle systématique par le juge des libertés et de la détention de ces mesures à partir d'une certaine durée. En complément du décret en Conseil d'Etat, la présente instruction précise le cadre juridique désormais en vigueur concernant les mesures d'isolement et de contention en psychiatrie et décline les modalités d'accompagnement des établissements de santé autorisés en psychiatrie pour les aider à respecter le nouveau cadre et à mettre en place une politique de réduction du recours aux mesures d'isolement et de contention.
Mention Outre-mer	Cette instruction s'applique en Outre-Mer selon les mêmes modalités qu'en métropole.
Mots-clés	Soins sans consentement, isolement, contention, contrôle du juge des libertés et de la détention, droits des patients, psychiatrie.
Classement thématique	Etablissements de santé
Textes de référence	- Code de la santé publique et notamment ses articles L. 3222-5-1 dans sa rédaction issue de la loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique (article 17), L. 1110-4, L. 1111-2, L. 6143-1, L. 1112-3, R. 3211-10, R. 3211-12, R. 3211-35, R. 3911-33-1, R. 3211-41, R. 3211-39, R. 4311-6-3, R. 4311-5, R. 1413-66-1 ; - Décret en Conseil d'Etat n° 2022-419 du 23 mars 2022 modifiant la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement ; - Code de procédure pénale, et notamment ses articles D. 398 et 706-135 ; - Articles L. 300-1 et suivants du code des relations entre le public et l'administration ; - Décret n° 2020-255 du 13 mars 2020.

Circulaire / instructions abrogées	- Circulaire DGS/SP 3 n° 48 du 19 juillet 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux ; - Instruction n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement ; - Instruction n° DGOS/R4/2021/89 du 29 avril 2021 relative à l'accompagnement des établissements de santé autorisés en psychiatrie pour la mise en œuvre du nouveau cadre relatif aux mesures d'isolement et de contention.
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Diffusion auprès des établissements autorisés en psychiatrie.
Validée par le CNP le 1er avril 2022 - Visa CNP 2022-37	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

L'article L. 3222-5-1 du Code de la santé publique (CSP) prévoit un contrôle systématique par le juge judiciaire des mesures d'isolement et de contention prises dans le cadre des hospitalisations en soins sans consentement à partir d'une durée définie, conformément aux exigences rappelées par le Conseil constitutionnel dans sa décision n° 2021-912/913/914 QPC du 4 juin 2021. Le décret n° 2022-419 du 23 mars 2022 précise les modalités d'application du cadre juridique des mesures d'isolement et de contention.

La présente instruction présente le cadre législatif et règlementaire régissant les mesures d'isolement et de contention. Elle précise les modalités de mise en œuvre des modifications apportées à ce cadre par **l'article 17 de la loi du 22 janvier 2022** renforcant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique et par le décret d'application du même article législatif, notamment concernant l'instauration d'un contrôle systématique des mesures d'isolement et de contention par le juge des libertés et de la détention (JLD).

Elle décrit également les modalités d'accompagnement des établissements autorisés en psychiatrie pour la mise en œuvre de la politique de prévention, de réduction et de contrôle des pratiques d'isolement et de contention partagée au niveau européen.

1. Le cadre législatif et règlementaire relatif à l'isolement et à la contention en psychiatrie

1.1. Rappel du principe de l'hospitalisation en soins libres et du respect des droits du patient en psychiatrie

La législation française a posé le principe selon lequel les soins psychiatriques libres sont la règle et les soins sans consentement l'exception (cf. article L. 3211-1 du CSP). Les soins psychiatriques libres sont définis par le critère du consentement du patient aux soins.

Ces personnes hospitalisées librement ont les mêmes droits que ceux qui sont reconnus aux personnes hospitalisées pour une autre cause (article L. 3211-2 du CSP). Parmi ces droits figure celui d'aller et venir librement à l'intérieur de l'établissement où ils sont soignés ; cette liberté fondamentale ne peut être remise en cause.

Dans les structures d'urgence et les établissements autorisés en psychiatrie, il est possible de mettre en place, à titre exceptionnel et en cas d'urgence, pour des raisons tenant à la sécurité du patient ou d'autrui, des mesures de protection pendant quelques heures en attendant soit la résolution de la situation clinique critique, soit l'hospitalisation du patient en soins sans consentement.

Un établissement de santé, public ou privé, qui n'assure pas, en application de l'article L. 3222-1 du CSP, la prise en charge de patients en soins sans consentement, ne peut donc recevoir que des personnes en soins psychiatriques libres ; ces dernières ont le droit, sous les réserves liées au bon fonctionnement du service et indiquées supra, de circuler librement dans l'établissement et elles ne peuvent en aucun cas être hospitalisées dans des unités fermées ni a fortiori dans des chambres fermées. Si l'évolution de l'état de santé d'un patient jusque-là consentant aux soins exige que l'on transforme son mode d'hospitalisation, l'article L. 3211-2-3 du code de la santé publique oblige l'établissement à prendre, dans les délais adaptés à son état de santé et au plus tard sous quarante-huit heures, les mesures nécessaires à son transfert dans un autre établissement qui assure ce type de prise en charge.

1.2. L'isolement et la contention, des mesures de protection du patient et de son entourage

Le législateur rappelle que les mesures d'isolement et de contention sont des pratiques de dernier recours, qui ne peuvent concerner que des patients de psychiatrie en hospitalisation complète sans consentement. Il ne peut y être recouru que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui[1], sur décision motivée d'un psychiatre, et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque lié à l'état mental du patient, après évaluation clinique de celui-ci. Ces mesures font l'objet d'une surveillance stricte, somatique et psychiatrique, confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin et tracée dans le dossier patient.

L'isolement et la contention peuvent être envisagés uniquement lorsque des mesures alternatives différenciées ont été déployées sans succès et que les troubles du comportement auto et/ou hétéro-agressifs entraînent un danger important et imminent pour le patient ou pour autrui.

L'isolement et la contention constituent des mesures de protection du patient, de son entourage et de l'équipe pluriprofessionnelle. Ces mesures ne peuvent répondre en aucun cas à des impératifs d'ordre disciplinaire. De ce fait, lorsque des personnes détenues sont hospitalisées dans l'attente d'une place en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA)[2] ou suite à une décision d'irresponsabilité pénale[3], le recours à l'isolement ou à la contention ne peut s'envisager que s'il est médicalement nécessaire.

Une mesure prise sur décision d'un psychiatre

[1] Recommandations HAS : « Prévention d'une violence imminente du patient ou réponse à une violence immédiate, non maîtrisable, sous-tendue par des troubles mentaux, avec un risque grave pour l'intégrité du patient ou celle d'autrui. Uniquement lorsque des mesures alternatives différenciées, moins restrictives, ont été inefficaces ou inappropriées, et que les troubles du comportement entraînent un danger important et imminent pour le patient ou pour autrui ».

[2] dans un service de psychiatrie selon les modalités de l'article D. 398 du Code de procédure pénale.

[3] En application de l'article 706-135 du Code de procédure pénale.

La mesure d'isolement ou de contention ne peut être prise que sur décision d'un psychiatre, sur la base des éléments cliniques recueillis au cours d'un examen médical. Cette évaluation médicale prend en compte l'état psychiatrique et somatique du patient et identifie les éventuelles contre-indications médicales. Elle doit faire l'objet d'une motivation tracée dans le dossier médical du patient afin d'en justifier le caractère adapté, nécessaire et proportionné à l'état clinique du patient. La décision mentionne explicitement les risques pour la sécurité du patient, des autres patients ou des professionnels impliqués dans la prise en charge afin de prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui. La motivation doit faire apparaître toutes les alternatives mises en œuvre au préalable sans succès, démontrant que la décision médicale est prise en dernier recours.

Les logiciels d'informatisation du dossier médical du patient doivent prévoir la tracabilité de la décision médicale et du suivi de la mesure (soins, surveillance…).

1.3. Les durées des mesures

L'article L. 3222-5-1 du CSP fixe des durées aux mesures d'isolement et de contention, issues des recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de santé (HAS) de mars 2017[4].

1.3.1. Durées et cadencement des mesures

Une mesure est initiée par décision motivée d'un psychiatre, après évaluation clinique du patient.

Conformément aux recommandations de la HAS :

- pour la mesure d'isolement, il est fixé une durée initiale maximale de 12 heures, renouvelable lorsque l'état du patient le nécessite par périodes maximales de 12 heures dans la limite d'une durée totale de 48 heures ;
- pour la mesure de contention prise dans le cadre d'une mesure d'isolement, il est fixé une durée initiale maximale de 6 heures, renouvelable lorsque l'état de santé du patient le nécessite, par périodes maximales de 6 heures dans la limite d'une durée totale de 24 heures.

Les mesures doivent être renouvelées dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités, ce qui signifie que chaque renouvellement d'une mesure se fait après une nouvelle évaluation du patient et une décision motivée de renouvellement de la mesure par un psychiatre. Ainsi, si l'évaluation est faite avant la durée maximale, soit 12h pour l'isolement et 6h pour la contention, la décision de renouvellement peut être prise et ne rentrer en vigueur que lorsque la décision précédente prend fin.

1.3.2. Renouvellements exceptionnels des mesures

A titre exceptionnel, le psychiatre peut renouveler ces mesures au-delà des durées totales, soit 48h pour l'isolement et 24h pour la contention, sous réserve d'en informer la personne faisant l'objet de la mesure et, en respectant la volonté du patient et le secret médical, au moins un membre de la famille, en priorité son conjoint, le partenaire lié à lui par un pacte civil de solidarité ou son concubin, ou une personne susceptible d'agir dans son intérêt, dès lors qu'une telle personne est identifiée (cf. point 1.4).
Les renouvellements de mesures à titre exceptionnel se font dans les mêmes conditions et modalités, c'est-à-dire par tranches de 12 heures ou de 6 heures après évaluation du patient et sur décision motivée de renouvellement par un psychiatre. Tant que la période de renouvellement exceptionnel se prolonge, le patient fait ainsi l'objet d'une réévaluation et d'une décision motivée de renouvellement toutes les 12 heures pour l'isolement et toutes les 6 heures pour la contention. Si l'évaluation est faite avant la durée maximale, soit 12 heures pour l'isolement et 6 heures pour la contention, la décision de renouvellement peut être prise et ne rentrer en vigueur que lorsque la décision précédente prend fin.

[4] Isolement et contention en psychiatrie générale, Recommandations de bonnes pratiques, 20 mars 2017, HAS.

1.3.3. Renouvellement d'une mesure et nouvelle mesure

La décision d'isolement ou de contention est l'acte médical par lequel le psychiatre initie une mesure d'isolement ou de contention ou la renouvelle. Elle est valable pour une durée maximale de 6 heures pour la contention et de 12 heures pour l'isolement.

En cas de succession de mesures non consécutives, la loi distingue les mesures qu'il faut considérer comme des renouvellements d'une mesure précédente de celles à considérer comme des mesures nouvelles. Cette distinction est fondamentale pour le calcul des durées des mesures rendues nécessaires pour le respect des obligations d'information et de saisine du juge des libertés et de la détention.

Lorsqu'une mesure est prise moins de 48 heures après la fin d'une mesure précédente, cette mesure est à considérer comme un renouvellement de la mesure précédente et sa durée s'ajoute à la durée de la mesure précédente.

En revanche, lorsqu'une mesure est prise plus de 48 heures après la fin d'une mesure précédente, elle est considérée comme une nouvelle mesure et le décompte de la durée totale repart de zéro.

1.4. L'information en cas de renouvellement exceptionnel des mesures

1.4.1. L'information des proches ou de la personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient

Afin de garantir les droits des patients et de permettre un contrôle du juge sur les mesures d'isolement et de contention, le médecin et l'équipe soignante doivent, lorsque le médecin décide d'un renouvellement exceptionnel, soit au bout de 48 heures d'isolement et de 24 heures de contention, répondre à une obligation d'information. Ils informent ainsi du renouvellement de la mesure au moins un membre de la famille, en priorité son conjoint, le partenaire lié à lui par un pacte civil de solidarité ou son concubin, ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient, dès lors qu'une telle personne est identifiée, sauf opposition préalable du patient consignée dans son dossier. Lors du premier renouvellement exceptionnel de la première mesure d'isolement ou de contention après une admission en hospitalisation complète sans consentement, soit au bout de 48 heures d'isolement et de 24 heures de contention, l'établissement informe ces personnes de leur droit de saisir le juge en application de l'article L. 3211-12 du CSP. Ces personnes peuvent saisir le juge des libertés et de la détention, de même que le patient lui-même.

Si le renouvellement d'une mesure d'isolement ou de contention intervient la nuit, il est possible d'attendre le matin pour informer les proches ou la personne agissant dans l'intérêt du patient.

Il est à noter qu'en cas de mesure d'isolement renouvelée après deux décisions de maintien par le JLD, soit au-delà de 192 heures, l'information des proches est calée sur le rythme de saisine du JLD, soit vingt-quatre heures avant l'expiration d'un délai de sept jours d'isolement à compter de la précédente décision du juge donc tous les six jours – 144 heures – d'isolement (cf. annexe 1).

Afin qu'un contrôle du juge soit rendu possible en cas de succession de mesures non consécutives, espacées d'au moins 48 heures, et dont la durée de chacune des mesures reste inférieure à la durée totale prévue par la loi, cette information est également délivrée aux mêmes personnes, lorsque le médecin prend plusieurs mesures d'une durée cumulée de 48 heures pour l'isolement et de 24 heures pour la contention sur une période de 15 jours.

1.4.2. L'information du juge des libertés et de la détention (JLD)

Afin de garantir les droits des patients et de permettre un contrôle du juge sur les mesures d'isolement et de contention, dès lors qu'elles dépassent les durées totales prévues par la loi, le directeur de l'établissement, lorsque le médecin décide d'un renouvellement exceptionnel, a l'obligation d'en informer le juge des libertés et de la détention. Il informe ainsi le juge du renouvellement de la mesure par tout moyen permettant de dater sa réception et celui-ci peut s'auto-saisir pour contrôler la mesure d'isolement ou de contention. Lorsque ces renouvellements exceptionnels interviennent le week-end, le directeur de l'établissement informe le juge par les moyens définis au préalable avec le tribunal judiciaire.

La loi précise que le directeur informe « sans délai » le JLD. En droit, l'expression « sans délai » signifie sur le champ. Comme il s'agit de permettre au JLD de s'auto-saisir de la mesure et d'en ordonner, le cas échéant, la mainlevée, ce « sans délai » peut s'interpréter comme le temps le plus court pour permettre au juge d'exercer ses compétences.

Il est à noter qu'en cas de mesure d'isolement renouvelée après deux décisions de maintien par le JLD, l'information du JLD est remplacée par une procédure de saisine du juge dont les modalités sont décrites infra (cf. point 1.5).

Afin qu'un contrôle du juge soit rendu possible en cas de succession de mesures non consécutives, espacées d'au moins 48 heures, et dont la durée de chacune des mesures reste inférieure à la durée totale prévue par la loi, cette information est également délivrée au JLD lorsque le médecin prend plusieurs mesures d'une durée cumulée de 48 heures pour l'isolement et de 24 heures pour la contention sur une période de 15 jours. La loi veut ainsi garantir la transmission de l'information en cas de succession de mesures nouvelles dans un laps de temps réduit.

Le directeur doit également informer le JLD sans délai lorsque le médecin prend une nouvelle mesure dans les quarante-huit heures suivant une décision de mainlevée de la mesure par le JLD.

1.5. Les modalités de contrôle du juge des libertés et de la détention

Les modalités de contrôle du JLD sur les mesures d'isolement et de contention sont définies aux articles L. 3222-5-1, L. 3211-12 à L. 3211-12-2 et L. 3211-12-4 du CSP. Il a ainsi la possibilité d'ordonner une mainlevée de ces mesures dans le cadre de son contrôle sur les mesures de soins sans consentement ou dans le cadre de la possibilité de saisine aux fins de mainlevée ouverte sur ces mesures d'isolement ou de contention à « la personne faisant l'objet des soins, aux titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure, au conjoint, concubin ou la personne liée par un pacte civil de solidarité (PACS), à la personne chargée de la protection juridique, à un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne ou au procureur de la République » (article L. 3211-12 du CSP).

Informé par le directeur du renouvellement exceptionnel d'une mesure, le JLD peut se saisir d'office pour y mettre fin. De même, lorsqu'il n'ordonne pas la mainlevée d'une mesure de soins sans consentement dans le cadre de son contrôle sur les hospitalisations en soins sans consentement, le JLD statue, y compris d'office, sur le maintien de la mesure d'isolement et de contention en cours.

Le JLD est par ailleurs saisi systématiquement par le directeur de l'établissement :

- avant l'expiration de la quarante-huitième heure de contention dès lors qu'une décision de renouvellement est prise par le médecin ;
- avant l'expiration de la soixante-douzième heure d'isolement dès lors qu'une décision de renouvellement est prise par le médecin.

Il est à noter que si la mesure d'isolement est renouvelée au-delà de deux décisions de maintien de la mesure par le JLD, soit au-delà de 192 heures, ce dernier est saisi non plus au bout de soixante-douze heures, mais vingt-quatre heures avant l'expiration d'un délai de sept jours d'isolement à compter de la dernière décision du juge, soit tous les six jours d'isolement.

L'article L. 3211-12-2 III du CSP prévoit que le JLD statue par principe selon une procédure écrite. Le patient, ou le cas échéant, le requérant, peut demander à être entendu, auquel cas cette audition est de droit, sous réserve, s'agissant du patient, d'un avis médical y faisant obstacle.

S'il l'estime nécessaire, le JLD peut tenir une audience. Celle-ci se tient selon les modalités précisées à l'article R. 3211-41 du CSP, dans les conditions prévues à l'article R. 3211-39 du CSP. Ainsi, le juge peut statuer publiquement à l'issue de l'audience. S'il décide de mettre sa décision en délibéré, il est contraint par les délais prévus à l'article R. 3211-39 du CS. S'il ne statue pas dans ces délais, la mainlevée de la mesure est acquise.

En cas de saisine, le juge des libertés et de la détention statue dans un délai de 24 heures à compter la 72ème heure d'isolement et de la 48ème heure de contention. Si le juge n'a pas statué dans ce délai, la mesure est levée.

1.6. Effets de la mainlevée d'une mesure

Le II de article L. 3222-5-1 du CSP précise que lorsque les conditions pour maintenir une mesure d'isolement ou de contention ne sont plus réunies, c'est-à-dire lorsque le risque d'un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui est écarté, le juge des libertés et de la détention en ordonne la mainlevée. Dans un tel cas, aucune nouvelle mesure ne peut être prise dans les 48 heures suivant la décision du JLD « sauf survenance d'éléments nouveaux dans la situation du patient qui rendent impossibles d'autres modalités de prise en charge permettant d'assurer sa sécurité ou celle d'autrui »[5].

Si le psychiatre est amené dans l'intérêt du patient à prendre une nouvelle mesure durant cet intervalle, le directeur de l'établissement informe alors sans délai le juge des libertés et de la détention. Celui-ci peut se saisir d'office pour mettre fin à la nouvelle mesure. Dans une telle situation, l'intérêt du patient doit être recherché afin de garantir sa sécurité et celle d'autrui. Le décompte repart à zéro à compter de la nouvelle décision du psychiatre.

En revanche, ces dispositions ne s'appliquent que lorsque le juge rend une décision. Ainsi, si le juge ne statue pas dans les délais légaux et que la mesure est de ce fait levée, le médecin peut renouveler la mesure sans que l'information du juge soit nécessaire.

1.7. Le registre des mesures d'isolement et de contention

Le législateur prévoit une obligation d'assurer la traçabilité des mesures d'isolement et de contention pour permettre à la fois un contrôle et une évolution des pratiques à partir de données objectives.

1.7.1. Les données du registre

Le registre, qui a été créé par la loi du 26 janvier 2016, est un élément essentiel pour le contrôle comme pour l'évaluation des mesures d'isolement et de contention. Dorénavant informatisé, il doit être rempli avec la plus grande rigueur. Son contenu a été enrichi par le législateur à compter de 2021. Le registre mentionne depuis lors le nom du psychiatre ayant décidé la mesure, un identifiant du patient concerné ainsi que son âge, son mode d'hospitalisation, la date et l'heure de début de la mesure, sa durée et le nom des professionnels ayant surveillé le patient.

L'identifiant du patient concerné doit garantir l'anonymat de la personne. L'âge, qui est celui de la personne au début de la mesure, est renseigné de façon à assurer un suivi spécifique des patients particulièrement vulnérables du fait de leur âge, notamment les mineurs. La date, l'heure et la durée de chaque mesure d'isolement et de contention doivent être renseignées.

[5] Article L. 3222-5-1 du CSP.

Chaque décision de renouvellement est renseignée de façon à en suivre la durée totale sur une période de 48 heures comme de 15 jours glissants. Le registre doit également être renseigné de façon à relier les différentes mesures à un même identifiant de patient.

L'Agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH) a intégré la description de l'isolement et de la contention dans le Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RIM-P) en 2018. Des évolutions ont été apportées en 2020 (cf annexe 4).

1.7.2. La question de la communication du registre à des tiers

Il est rappelé que le registre des mesures d'isolement et de contention et le rapport annuel rendant compte de ces pratiques sont des documents administratifs communicables à des tiers sur demande. Les articles L. 300-1 et suivants du code des relations entre le public et l'administration, n'exigent ni qualité à agir, ni intérêt à agir pour le demandeur de document administratif. Le principe juridique est donc la communication de ces documents à quiconque en fait la demande. Ces documents sont toutefois soumis aux réserves de communication inhérentes aux secrets prévus par la loi (secret médical, secret de la vie privée), ce qui permet d'occulter ce qui est nécessaire à la protection de ces données avant de communiquer les documents. Il convient par conséquent d'occulter toutes les mentions permettant d'identifier les patients ainsi que celles permettant d'identifier les professionnels de santé si l'établissement estime que la divulgation de l'identité de ces derniers pourrait être susceptible de leur porter préjudice.

Pour rappel, l'article R. 3223-6 du CSP prévoit que les établissements donnent aux membres de la commission départementale des soins psychiatriques « toutes facilités d'accès au registre prévu à l'article L. 3212-11 » du CSP.

Par ailleurs, l'article R.3211-38 du CSP prévoit que le juge des libertés et de la détention peut à tout moment consulter le registre.

1.8. Le rôle des commissions départementales des soins psychiatriques (CDSP)

Ayant accès aux registres d'isolement et de contention, les CDSP peuvent enrichir leur rapport d'activité d'un bilan des mesures d'isolement et de contention prévues par l'article L. 3222-5-1 du CSP qu'elles auront constatées, notamment dans le cadre des visites d'établissements prévues à l'article R. 3223-6 du CSP.

2. Les modalités de mise en œuvre de ce cadre juridique dans les établissements de santé autorisés en psychiatrie

Les établissements de santé doivent mettre en place une organisation permettant de suivre les durées des mesures d'isolement et de contention, de façon à respecter les modalités de renouvellement des mesures et à déclencher les temps d'information des proches et du juge et de saisine du juge prévus par la loi.

Cette organisation concerne tout établissement de santé autorisé en psychiatrie assurant, en application de l'article L. 3222-5-1 du CSP, la prise en charge des soins sans consentement et s'inscrit dans une politique d'amélioration de la qualité des prises en charge des patients en hospitalisation complète en soins sans consentement.

Les agences régionales de santé (ARS) accompagnent les établissements de santé pour mettre en place les exigences relatives aux mesures d'isolement et de contention et conduire une politique de réduction du recours à ces pratiques.

La mise en œuvre de ces dispositions est sans préjudice des protocoles de soins intensifs et des mesures de sécurité particulières prévues par l'article R. 3222-1 du CSP concernant les unités pour malades difficiles (UMD) ou des règles d'organisation et de fonctionnement applicables au sein des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).

2.1. Les modalités d'isolement et de contention

2.1.1. Le lieu d'une mesure d'isolement ou de contention

Une mesure d'isolement ou de contention se fait dans une chambre fermée, dédiée, sécurisée, aménagée pour cet usage, permettant une surveillance par les professionnels soignants. Elle doit respecter la dignité et l'intimité du patient.

La disponibilité de sa chambre est assurée au patient à tout moment. Il retourne dans sa chambre dès l'amélioration de son état clinique.

Les chambres d'isolement ne doivent pas être comptabilisées dans les capacités d'hospitalisation de l'établissement pour le calcul des taux d'occupation de ses lits.

La contention consiste à restreindre ou maîtriser les mouvements d'un patient par un dispositif fixé sur un lit dans une chambre dédiée.

2.1.2. La surveillance infirmière des mesures d'isolement et de contention

La surveillance de l'état somatique et psychique par un infirmier est prévue et sa fréquence est prescrite par le médecin en fonction des éléments cliniques relevés et consignés dans le dossier du patient. Si le patient dort et qu'il n'est pas estimé nécessaire, dans son intérêt, de le réveiller, l'infirmier s'assure que celui-ci ne présente aucun signe inquiétant du point de vue clinique. Si c'est le cas, il mentionne dans le dossier du patient l'heure à laquelle il a vérifié son état clinique, le fait qu'il est endormi et qu'il ne présente pas de symptôme physique ou psychopathologique justifiant un réveil de ce dernier.

2.1.3. La levée des mesures d'isolement et de contention

A tout moment, les professionnels de santé et les médecins doivent rechercher les moyens de lever la mesure afin de garantir le caractère limité dans le temps de la contrainte. La mesure d'isolement ou de contention doit être levée, sur décision médicale, dès que leur maintien n'est plus cliniquement justifié. L'équipe soignante peut à tout moment solliciter le psychiatre afin de lever la mesure.

Les mesures d'isolement ou de contention ne peuvent être maintenues pour des raisons organisationnelles ou institutionnelles, ni pour répondre à des problèmes d'effectif des professionnels.

En fonction de l'état clinique du patient, la levée de la mesure de contention n'est pas systématiquement associée à la levée de la mesure d'isolement.

2.2. La mise en place d'une organisation pour répondre aux exigences juridiques

2.2.1. Le décompte des durées

La loi impose un décompte précis des durées des mesures d'isolement et de contention.

Les durées des mesures ont une importance double, car elles rythment, d'une part, les décisions médicales et l'évaluation médicale qui sous-tend la décision et, d'autre part, l'information des personnes mentionnées par la loi et du juge ainsi que la saisine de ce dernier.

Le décompte des durées répond aux règles suivantes :

- Une mesure est considérée comme une mesure nouvelle quand elle intervient 48 heures au moins après la fin de la précédente et le décompte de la durée est alors remis à zéro ; *a contrario*, une mesure intervenant moins de 48 heures après la fin de la mesure précédente sera considérée comme un renouvellement de cette dernière, les durées se cumulant ;
- Le décompte de la durée des mesures doit aussi être fait sur une période de quinze jours. En effet, l'information est due dès que le cumul de ces mesures distinctes atteint 48 heures pour l'isolement et 24 heures pour la contention sur une période de quinze jours et le JLD doit être saisi lorsque l'isolement atteint 72 heures et la contention 48 heures sur cette période de quinze jours.

2.2.2. L'organisation de l'information

Le juge et les personnes prévues sont informés, dès lors qu'une mesure de renouvellement est prise à titre exceptionnel, c'est-à-dire dès l'atteinte de la durée totale fixée par le texte, soit 48 heures pour l'isolement et 24 heures pour la contention.

Tant qu'il n'est pas mis fin à la mesure de contention, cette information est renouvelée 24 heures après le délai que le juge a pour statuer (cf. annexe 1).

S'il n'est pas mis fin à la mesure d'isolement à la suite de la première décision de maintien par le JLD, cette information est renouvelée 48 heures après l'expiration du délai que le juge a pour statuer (cf. annexe 1). S'il n'est pas mis fin à la mesure d'isolement après deux décisions de maintien par le JLD, les personnes mentionnées par la loi sont informées vingt-quatre heures avant l'expiration d'un délai de sept jours d'isolement à compter de la dernière décision du juge, soit tous les six jours d'isolement. Cette information et la saisine du JLD sont simultanées.

L'information se fait dans le respect du secret médical et de la volonté du patient. Pour rappel, l'article L. 1110-4 du CSP pose, pour tout patient, le droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant. Cet article prévoit également pour le patient le droit d'exercer à tout moment une opposition à l'échange et au partage d'informations le concernant. Si l'information est délivrée oralement (en dehors du JLD), elle sera mentionnée dans le dossier du patient (date, heure et nom de la personne à qui cette information est délivrée). Si le patient s'oppose à la délivrance de cette information, son opposition sera tracée dans son dossier.

- L'information du patient

Comme le prévoit l'article L. 1111-2 du CSP pour tout acte médical ou de soin, le patient à qui s'applique la mesure est informé qu'il fait l'objet d'une mesure d'isolement ou de contention et des renouvellements à titre exceptionnel des mesures le concernant.
Il est nécessaire d'expliquer au patient ce qui justifie la mesure et les critères permettant sa levée, ainsi que la surveillance régulière qui sera effectuée auprès de lui. Les modalités de l'évaluation pour le renouvellement des mesures lui seront également expliquées afin qu'il soit informé du rythme et des motifs des visites médicales et paramédicales ainsi que des examens médicaux. Il est rappelé que cette surveillance régulière et la recherche de modalités relationnelles doivent permettre de rétablir un contact, de travailler l'alliance avec le patient tout en prévenant les risques de complications somatiques.
Dès le début de la mesure ou aussitôt que son état le permet, le patient est informé des voies de recours qui lui sont offertes en application de l'article L. 3211-12 du CSP.
L'information délivrée au patient est mentionnée dans son dossier.

- L'information des proches ou de la personne agissant dans son intérêt

La loi prévoit une information par le médecin qui a pris la décision de renouvellement à titre exceptionnel d'au moins un membre de la famille, en priorité le conjoint du patient, le partenaire lié à lui par un PACS ou son concubin, ou d'une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient, dès lors qu'une telle personne est identifiée. La personne de confiance, si elle a été désignée par le patient et en respectant la volonté de ce dernier, peut donc être informée des renouvellements exceptionnels des mesures. L'établissement met en place une organisation (moyens matériels…) permettant la transmission de cette information par le médecin ou par tout membre de l'équipe de soins qu'il aura désigné à cet effet et qui pourra indiquer aux personnes informées qu'elles peuvent obtenir des précisions auprès du médecin et en garantit sa traçabilité dans le dossier du patient.

Il convient par conséquent de recueillir, en fonction de son état clinique, l'accord préalable du patient ou de relever toute difficulté pour prévenir la ou les personnes identifiée(s) en cas de mesures d'isolement ou de contention renouvelées à titre exceptionnel au-delà des durées maximales. L'identité de ces personnes et les coordonnées nécessaires à leur information sont inscrites dans le dossier du patient. Pour les personnes déjà hospitalisées, la recherche des personnes à informer doit être effectuée, si ces personnes ne sont pas déjà identifiées. Le plan de prévention partagée ou plan de crise conjoint peut être un outil adapté pour faciliter ces démarches.

L'information des proches doit tenir compte de l'intérêt et de la volonté du patient, notamment lorsque ce dernier a explicitement exprimé son opposition au contact de certaines personnes parmi les proches ou ne souhaiterait pas faire connaître son hospitalisation. Cette opposition est tracée dans le dossier du patient.

La transmission de l'information aux proches peut être faite le lendemain matin pour les informer de la mesure de renouvellement à titre exceptionnel de l'isolement ou de la contention décidée durant la nuit.

- L'information du juge

L'information du juge consiste à lui faire part du fait qu'un patient, dont l'identité lui est précisée, fait l'objet d'une mesure d'isolement ou de contention renouvelée à titre exceptionnel. Un exemple de formulaire d'information du JLD de renouvellement exceptionnel d'une mesure d'isolement ou de contention est proposé en annexe 2.

Le juge est prévenu du renouvellement de ces mesures par les mêmes moyens de communication que ceux utilisés dans le cadre de ses contrôles sur les mesures de soins sans consentement. Il est rappelé que les moyens de communication doivent être sécurisés. Les établissements de santé se rapprocheront du tribunal judiciaire compétent, lorsque cela n'a pas encore été mis en vigueur (messageries sécurisées, cryptage…).

2.2.3. La saisine du JLD (cf. annexe 3)

Le JLD est systématiquement saisi par le directeur de l'établissement avant l'expiration des durées prévues par la loi, soit 72 heures pour l'isolement et 48 heures pour la contention, dès lors qu'une décision de renouvellement à titre exceptionnel de la mesure est prise.

La requête est présentée dans les conditions prévues aux articles R. 3211-10 et R.3211-33-1 du CSP.
Ainsi, elle est transmise par tout moyen permettant de dater sa réception au greffe du tribunal judiciaire. Elle est datée et signée et précise l'identité du demandeur, celle de la personne qui fait l'objet de soins et les faits.

Le directeur joint à la requête les pièces mentionnées au I de l'article R. 3211-33-1du CSP, soit les pièces mentionnées à l'article R. 3211-12 du CSP ainsi que les précédentes décisions d'isolement ou de contention prises à l'égard du patient et tout autre élément de nature à éclairer le juge.

Dans un délai de 10 heures à compter de l'enregistrement de la requête par le greffe, le directeur doit par ailleurs communiquer au greffe le cas échéant le nom de l'avocat choisi par le patient ou l'indication selon laquelle il demande qu'un avocat soit commis d'office, si le patient demande à être entendu par le JLD, un avis d'un médecin relatif à l'existence éventuelle de motifs médicaux faisant obstacle, dans son intérêt, à son audition et à la compatibilité de l'utilisation de moyens de télécommunication avec son état mental et toute pièce que le patient entend produire.

Le directeur informe le patient de la saisine du juge des libertés et de la détention. Il lui délivre les informations prévues au II de l'article R. 3211-33-1 du CSP.

En cas de requête formée par le patient, l'établissement de santé veille à transmettre, par tout moyen permettant de dater sa réception, la requête et les pièces au greffe du tribunal dans un délai de 10 heures à compter du dépôt par le patient de sa requête au secrétariat de l'établissement d'accueil ou de l'établissement du procès verbal recueillant la déclaration verbale du patient. Il veille à transmettre, avec la requête horodatée par son secrétariat ou une déclaration verbale du patient recueillie par le directeur de l'établissement au sein d'un procès-verbal horodaté contenant les mentions prévues par l'article R. 3211-10 du CSP, toute pièce que le patient entend produire ainsi que les informations et pièces mentionnées au deuxième alinéa du I et au III de l'article R. 3211-33-1 du CSP (cf. annexe 3). Le directeur doit par ailleurs communiquer au greffe le cas échéant le nom de l'avocat choisi par le patient ou l'indication selon laquelle il demande qu'un avocat soit commis d'office. Si le patient demande à être entendu par le JLD, un avis d'un médecin relatif à l'existence éventuelle de motifs médicaux faisant obstacle, dans son intérêt, à son audition et à la compatibilité de l'utilisation de moyens de télécommunication avec son état mental doit également être transmis.

Lorsque la requête émane d'un tiers ou en cas de saisine d'office du juge, l'ensemble des pièces doivent être transmises dans un délai de 10 heures à compter de la réception par le directeur de l'avis du greffe l'informant du dépôt de la requête.

L'article R. 3211-35 du CSP relatif à la saisine d'un tiers prévoit que le greffe informe également le patient, par l'intermédiaire du directeur de l'établissement, de la saisine du juge des libertés et de la détention, et que le directeur délivre au patient les informations prévues au II de l'article R. 3211-33-1 du CSP.
Il est en outre prévu, en cas de saisine du juge par un tiers, mais également en cas de saisine d'office, que le directeur communique au juge des libertés et de la détention, dans un délai de dix heures à compter de la réception de l'avis donné par le greffe, par tout moyen donnant date certaine à leur réception, l'ensemble des informations et pièces mentionnées au III de l'article R. 3211-34 du CSP.

Le délai de transmission des pièces doit être compris comme une incitation faite à l'établissement d'envoyer les éléments dans un délai rapproché, quitte à communiquer les éléments complémentaires ensuite. Le dépassement du délai de transmission prévu par le décret n'entraîne pas de sanction, mais si le juge n'est pas en mesure de statuer dans le délai de 24 heures qui lui est imparti en raison du défaut de transmission des pièces, la mesure d'isolement ou de contention sera automatiquement levée.

Le JLD dispose, outre des pièces et des observations des parties (article R. 3211-38, al. 2 du CSP), des éventuelles observations adressées par le médecin qui a pris la mesure (article R. 3211-38, al. 3 du CSP).

Dans tous les cas, les échanges se font directement entre établissements de santé autorisés en psychiatrie et JLD par des moyens sécurisés.

2.2.4. Temps d'échange entre établissements de santé, JLD, commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) et ARS

Des temps de concertation réguliers entre les établissements de santé autorisés en psychiatrie, le Président du tribunal judiciaire et les JLD doivent être mis en place, afin d'appréhender les exigences juridiques, notamment :

- Les documents et pièces à transmettre au juge ;
- Les modalités de mise en œuvre d'une décision de mainlevée ;
- Les modalités effectives de recours pour les patients.

Des temps et des espaces d'échange doivent être mis en place à fréquence régulière au niveau territorial entre les présidents des tribunaux judiciaires, les juges des libertés et de la détention, le président de la CDSP, les directions et les commissions médicales d'établissement (CME) des établissements concernés et les ARS. Ils ont pour but d'apprécier les déclinaisons locales d'application de la réglementation et d'appréhender collectivement les difficultés du terrain afin d'y apporter des solutions.

2.3. Le registre des mesures d'isolement et de contention

2.3.1. Champ d'application et contenu du registre

a. Etablissements assurant la prise en charge des soins sans consentement, patients faisant l'objet de mesures de soins sans consentement dans ces établissements

L'article L. 3222-5-1 du CSP s'applique aux établissements qui assurent, en application de l'article L. 3222-1 du CSP, la prise en charge de patients en soins sans consentement. Le registre recense les mesures d'isolement et de contention relatives aux patients qui font l'objet de soins sans consentement. Les ARS veillent à la mise en place effective d'un registre, distinct du registre prévu par l'article L. 3212-11 du code de la santé publique qui recense les admissions en soins sans consentement et les pièces de procédure afférentes.

b. Mesures d'isolement

Dans les établissements autorisés en psychiatrie et assurant au titre de l'article L. 3222-1 du CSP les soins sans consentement, le registre recense les mesures d'isolement dans une chambre dédiée.

Le registre recense, par ailleurs, de façon distincte, les mesures d'isolement réalisées dans un autre lieu dans le cas d'une indisponibilité temporaire de la chambre dédiée. Ces situations d'isolement en dehors de la chambre dédiée doivent toutefois rester très exceptionnelles, intervenir à titre dérogatoire et être motivées dans le dossier médical du patient.

c. Mesures de contention

Dans les établissements autorisés en psychiatrie assurant au titre de l'article L. 3222-1 du CSP les soins sans consentement, le registre recense les mesures de contention réalisées dans le cadre d'une mesure d'isolement.

d. Contenu du registre

Le registre est un document administratif établi sous la responsabilité du directeur d'établissement.
Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, le registre mentionne l'identifiant anonymisé du patient et son âge, le mode d'hospitalisation (soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT), soins en cas de péril imminent (SPI), soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE)), le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, la date et l'heure de début de la mesure, le type de mesure (A, B, C ou D), sa durée en heure décimale et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillé.

L'article R. 4311-6-3 du code de la santé publique dispose que dans le domaine de la santé mentale, outre les actes et soins mentionnés à l'article R. 4311-5, l'infirmier accomplit notamment la surveillance des personnes en chambre d'isolement. La surveillance est donc confiée aux infirmiers du service. Le nom sera porté au registre lorsqu'ils réalisent la surveillance.

2.3.2. Utilisation et restitution des données du registre

a. Par l'établissement

Si le recueil des pratiques au sein d'un registre permet aux organismes et personnes habilités à le consulter de remplir leurs missions, il doit aussi servir à alimenter la réflexion de la communauté médico-soignante sur ses pratiques et leurs évolutions.

A partir des données de son système d'information et de la réflexion menée au niveau de ses instances, l'établissement établit annuellement un rapport rendant compte :
- des pratiques d'isolement et de contention,
- de la politique définie par l'établissement pour limiter le recours à ces pratiques,
- de l'évaluation de sa mise en œuvre.

Le rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 du CSP et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1 du CSP ou à l'organe qui en tient lieu, au plus tard le 30 juin de chaque année suivante, ainsi qu'à l'ARS et à la commission départementale des soins psychiatriques.

Ces éléments qualitatifs sont complétés par des éléments quantitatifs recueillis par service parmi lesquels figurent notamment :
- Nombre de mesures d'isolement et de contention
- Nombre de patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement ou de contention
- Nombre moyen de mesures d'isolement et de contention par patient
- Durée moyenne et médiane des mesures d'isolement et de contention
- Durée minimale des mesures d'isolement et de contention
- Durée maximale des mesures d'isolement et de contention
- Nombre de mesures de contention >24h et >48h
- Nombre de mesures d'isolement > 48h et >72h
- Nombre d'agrégation de mesures d'isolement > 48h et >72h sur 15 jours
- Nombre d'agrégation de mesures de contention>24h et >48h sur 15 jours
- Pourcentage de patients en soins sans consentement ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement ou de contention
- Nombre de mesures d'isolement dans une chambre dédiée versus nombre de mesures d'isolement dans une chambre non dédiée
- Nombre de mesures de contention dans une chambre dédiée versus nombre de mesures de contention dans une chambre non dédiée

Le rapport annuel analyse la répartition des décisions d'isolement et de contention selon les horaires de la journée ainsi que selon les jours de la semaine.

Les événements indésirables tels que définis à l'article R. 1413-66-1 du CSP sont recueillis et analysés dans le cadre de la politique de gestion des événements indésirables.

Le nombre de recours engagés pour obtenir la mainlevée de mesures d'isolement ou de contention et le nombre de mesures levées par le JLD peuvent également être renseignés.

b. Par les ARS

L'ARS veille à la mise en œuvre effective des registres au sein des établissements visés par l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique. L'ARS est destinataire du rapport annuel de chaque établissement rendant compte des pratiques de recours à l'isolement et à la contention.

A partir des données issues du RIM-P et des rapports annuels, les ARS mettent en œuvre une politique régionale de suivi, d'analyse et de prévention du recours à la contention et à l'isolement. Les efforts menés en matière de prévention et de réduction de ces pratiques pourront être pris en compte dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

3. Une politique d'amélioration de la qualité des prises en charge en soins sans consentement pour réduire le recours aux pratiques d'isolement et de contention

Les établissements de santé autorisés en psychiatrie recevant des patients en soins sans consentement doivent mettre en place une politique d'amélioration de la qualité des prises en charge de ces patients et de réduction des pratiques d'isolement et de contention. Cette politique doit mobiliser tous les professionnels de l'établissement de santé, notamment la direction, la direction des soins, le président de la CME, les chefs de pôle, les chefs de service, les médecins et les équipes soignantes. Elle doit être reliée à une démarche qualité et à la mise en place d'actions en faveur des droits des patients. La commission des usagers est associée à la politique définie pour limiter le recours à l'isolement et à la contention. Les comités d'éthique peuvent aussi être sollicités.

Cette politique s'inscrit dans le programme d'amélioration continue de la qualité, le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique de l'établissement. Elle est évaluée régulièrement et ses objectifs évoluent au fil du temps en fonction de leur degré d'atteinte.

Cette politique fait l'objet, sous l'impulsion des ARS, d'échanges régionaux, visant à harmoniser les politiques des territoires, recenser les innovations et les évolutions et à accompagner les équipes pluriprofessionelles dans un objectif de réduction déterminée du recours aux mesures d'isolement et de contention.

Si les présentes dispositions s'appliquent spécifiquement aux nouvelles modalités de l'isolement et de la contention en psychiatrie établies par l'article 17 de la loi du 22 janvier 2022 susmentionnée, elles peuvent être l'occasion d'engager localement une réflexion et une démarche de sensiblisation des professionnels à la réduction des pratiques d'isolement et de contention dans d'autres champs des prises en charge sanitaires et médico-sociales.

3.1. Etats des lieux réguliers des pratiques, protocoles, débriefings

Des procédures et des protocoles concernant la mise en œuvre des mesures d'isolement et contention doivent être rédigés conformément aux exigences juridiques et aux recommandations de bonnes pratiques en vigueur. Les fiches concernant les droits des patients doivent également être actualisées.

Les débriefings doivent être systématisés après la mise en œuvre de ces mesures, notamment avec le patient. Il peut être envisagé de mettre en œuvre « des plans de crise conjoints » (ou « plan de prévention partagé ») entre le patient et les soignants. Après la levée de la mesure, l'épisode fait l'objet d'un temps de reprise en équipe pluriprofessionnelle de façon à analyser ce qui a conduit à la mesure, ce qui aurait pu être évité et réfléchir à distance à des alternatives à la mesure. Une analyse est également faite avec le patient à la levée de la mesure.

La traçabilité des mesures d'isolement et de contention ainsi que celle de la surveillance médicale, somatique et psychiatrique des patients placés dans cette situation doit être assurée. Sur la base de ces données, tracées dans les dossiers des patients, il est attendu des établissements de santé qu'ils procèdent à un état des lieux, régulier (par exemple trimestriel), quantitatif et qualitatif, du nombre de mesures et de leur durée, par service. Cet état des lieux est accompagné d'une analyse des pratiques et est présenté en CME et commission des soins infirmiers rééducation et médico-technique (CSIRMT) en plus du rapport annuel prévu par la loi et est diffusé régulièrement aux équipes.
Pour rappel, ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers et au conseil de surveillance.
L'évaluation de ces pratiques fait partie du programme de développement professionnel continu et d'évaluation des pratiques professionnelles.

3.2. Réflexion sur les organisations et mise en place d'alternatives à l'isolement et à la contention

Les recommandations du comité des ministres du Conseil de l'Europe[6] affirment la nécessité d'évaluer les risques liés à ces pratiques, de réexaminer régulièrement la pertinence de leur mise en œuvre et d'organiser leur traçabilité.

L'objectif est une réduction du recours à l'isolement et à la contention, concernant tant la durée de ces mesures que leur nombre. Une réflexion sur les pratiques doit être menée au sein de chaque établissement et de chaque unité de soins en termes d'organisation et de modalités des prises en charge. Il s'agit de mieux appréhender en équipe la prévention des situations de crise et d'organiser les conditions nécessaires à la mise en œuvre de mesures alternatives à l'isolement et à la contention. Les établissements et les équipes médico-soignantes pourront s'appuyer sur le guide des programmes et des outils « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie » (2016) mis à disposition des équipes de psychiatrie par la HAS pour les aider à renforcer leurs compétences dans la prévention et la prise en charge des moments de violence.

La recherche d'alternatives à l'isolement et à la contention doit être une priorité. Ainsi, parmi les actions à mener, les établissements pourront aménager des espaces d'apaisement, ouverts et distincts des chambres, permettant au patient d'habiter un espace « ressourçant » et propice à des entretiens avec le psychiatre ou avec un autre professionnel à l'écart des autres patients.

Une démarche qualité soutenue par l'institution et portée par l'encadrement de pôle et de service doit être inscrite dans les revues de contrat de pôle avec un suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs. Les objectifs de réduction des pratiques de contention et d'isolement pourront s'inscrire dans le dispositif qui a pour objet de favoriser la « mobilisation des personnels autour de projets collectifs décidés au niveau des équipes et de valoriser leur engagement dans ces démarches » et dont les modalités sont prévues dans le décret n° 2020-255 du 13 mars 2020.

[6] Recommandation 2004-10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux.

L'évaluation du recours à ces pratiques fait partie du programme de développement professionnel continu (DPC) et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) (audits sur les chambres d'isolement, par exemple).

Des binômes médecin/infirmier référents sur le sujet, spécialement formés notamment aux techniques de désescalade et de désamorçage, pourront être mis en place, à la disposition des équipes de soins pour venir en appui, assurer des formations, participer à des audits ou des accompagnements dans le changement des pratiques. Ces binômes pourront, en fonction des organisations des établissements, être intégrés aux équipes qualité. Ils pourront également participer à des travaux de recherche menés sur l'isolement et la contention.

3.3. Plan de formation

Le levier majeur d'une politique de réduction des pratiques d'isolement et contention réside dans un plan de formation à l'attention de tous les professionnels exerçant dans les établissements autorisés en psychiatrie.

Ces professionnels doivent bénéficier d'une formation aux protocoles à suivre dans le cadre d'une mesure d'isolement ou de contention. Cette formation précisera les droits des patients en psychiatrie. Les professionnels auront également connaissance de la politique menée par l'établissement pour réduire le recours à l'isolement et à la contention. Tout nouveau soignant affecté en psychiatrie doit bénéficier d'une formation à la clinique et à la psychopathologie, à la prévention de la crise, à la gradation des différents niveaux de recours, à la gestion de la violence et la désescalade, à l'intervention face aux situations difficiles et aux techniques permettant de limiter les recours à l'isolement et à la contention.

3.4. Accompagnement financier et renforcement des effectifs et du temps médical

La présence d'une équipe pluriprofessionnelle dans les unités de soins doit être adaptée aux besoins du patient dans une recherche d'alliance thérapeutique.

Des financements à hauteur de 15 millions d'euros pérennes seront accordés en 2022 aux établissements pour accompagner notamment les recrutements nécessaires et organiser le temps médical afin de répondre aux modalités de surveillance et de renouvellement des mesures. Une première délégation de crédits pérennes à hauteur de 15 millions d'euros est intervenue en 2021, assortie de 20 millions d'euros non reconductibles. Les crédits ont permis notamment de financer, selon les besoins de chaque établissement et après évaluation par les ARS en tenant compte du contexte local :

- les recrutements nécessaires à la nouvelle organisation et au renfort éventuel de la permanence médicale et/ou soignante ;
- la mise en place des binômes médecin/infirmier « référents isolement contention » ;
- le financement des actions de formation ;
- la création d'espaces d'apaisement.

La mise en œuvre de cette instruction fera l'objet d'évaluation, avec le concours des ARS.

Vu au titre du CNP par le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales,

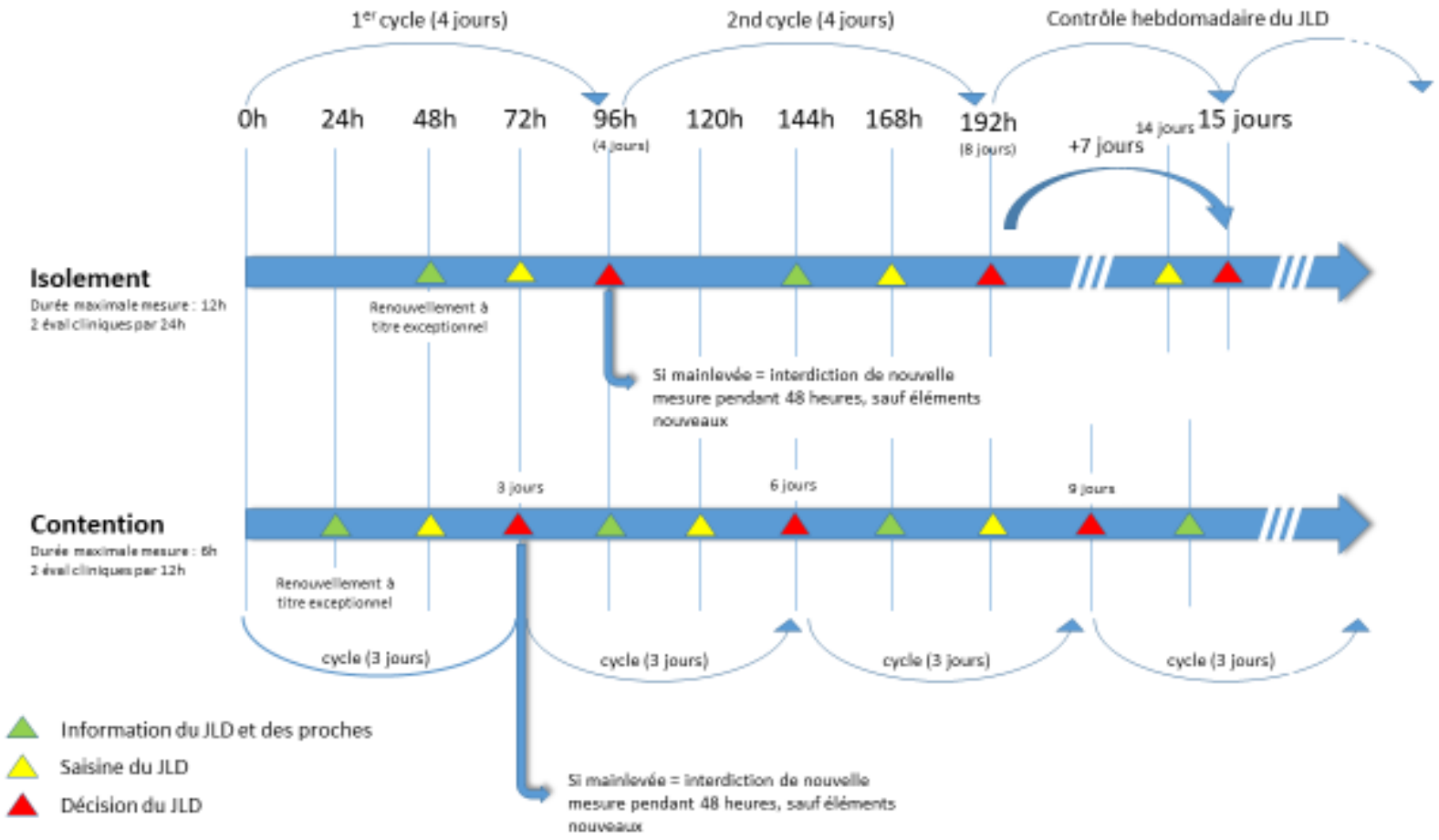
Etienne CHAMPION

Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins par intérim,

Cécile LAMBERT

Annexe 1

Frises illustratives du dispositif de contrôle des mesures d'isolement et de contention et tableaux récapitulatifs



MESURE D'ISOLEMENT

Durée	Action	Personne responsable	Ressource
0h	Décision d'isolement	Psychiatre	
48h	Information du JDL	Directeur de l'établissement	Annexe 2. Formulaire d'information du JDL
	Information d'au moins un membre de la famille, en priorité le conjoint du patient, le partenaire lié à lui par un PACS ou son concubin, ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient	Psychiatre	
72h	Saisine du JLD + information du patient de la saisine	Directeur de l'établissement	Annexe 3. Formulaire de saisine Annexe 4. Pièces envoyer au JLD
96h au plus tard	Décision du JLD	JLD	

Décision du maintien du JLD

Décision de mainlevée du JLD

Si reprise d'une mesure

Durée	Action	Personne responsable	Ressource
Immédiatement	Information du JLD	Directeur de l'établissement	
144h	Information du JLD	Directeur de l'établissement	Annexe 2. Formulaire d'information du JDL
	Information d'au moins un membre de la famille, en priorité le conjoint du patient, le partenaire lié à lui par un PACS ou son concubin, ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient	Psychiatre	

168h	Saisine du JLD	Directeur de l'établissement	Annexe 3. Formulaire de saisine Annexe 4. Pièces envoyer au JLD
192h au plus tard	Décision du JLD		
Si décision de maintien du JDL			
+6 jours soit 14 jours	Saisine du JLD	Directeur de l'établissement	Annexe 3. Formulaire de saisine Annexe 4. Pièces envoyer au JLD
	Information d'au moins un membre de la famille, en priorité le conjoint du patient, le partenaire lié à lui par un PACS ou son concubin, ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient	Psychiatre	
+ 7 jours soit 15 jours	Décision du JLD	JLD	
Si décision de maintien du JDL			
+ 6 jours soit 21 jours	Saisine du JLD + info du patient de la saisine	Directeur de l'établissement	Annexe 3. Formulaire de saisine Annexe 4. Pièces envoyer au JLD
	Information d'au moins un membre de la famille, en priorité le conjoint du patient, le partenaire lié à lui par un PACS ou son concubin, ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient	Psychiatre	
+ 7 jours soit 22 jours	Décision du JLD	JLD	
Si décision de maintien du JLD : répétition du cycle jusqu'à la fin de la mesure			

MESURE DE CONTENTION

Durée	Action	Personne responsable	Ressource
0h	Décision de contention	Psychiatre	
24h	Information du JDL	Directeur de l'établissement	Annexe 2. Formulaire d'information du JDL
	Information d'au moins un membre de la famille, en priorité le conjoint du patient, le partenaire lié à lui par un PACS ou son concubin, ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient	Psychiatre	
48h	Saisine du JLD + information du patient de la saisine	Directeur de l'établissement	Annexe 3. Formulaire de saisine Annexe 4. Pièces envoyer au JLD
72h au plus tard	Décision du JLD	JLD	

Décision du maintien du JLD

Décision de mainlevée du JLD

Si reprise d'une mesure

Durée	Action	Personne responsable	Ressource
Immédiatement	Information du JLD	Directeur de l'établissement	
96h	Information du JDL	Directeur de l'établissement	Annexe 2. Formulaire d'information du JDL
	Information d'au moins un membre de la famille, en priorité le conjoint du patient, le partenaire lié à lui par un PACS ou son concubin, ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient	Psychiatre	

120h	Saisine du JLD + information du patient de la saisine	Directeur de l'établissement	Annexe 3. Formulaire de saisine Annexe 4. Pièces envoyer au JLD
144h au plus tard	Décision du JLD	JLD	
Si décision de maintien du JLD : répétition du cycle jusqu'à la fin de la mesure			

Annexe 2

Formulaire-type relatif à l'information donnée au juge des libertés et de la détention en cas de maintien d'une mesure d'isolement ou de contention

En application de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique

Je soussigné, Docteur (Prénom Nom), médecin psychiatre au centre hospitalier XXX, à XXX,

Après évaluation clinique, afin de prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui, de manière adaptée, nécessaire et proportionnée à ce risque, décide de maintenir à titre exceptionnel au-delà de la durée totale prévue aux deux premiers alinéas de l'article L. 3222-5-II, la mesure d'isolement / de contention *(rayer la mention inutile). La décision est motivée.*

De (**Prénom Nom d'usage)**, Né le (Date de naissance) à (Commune de naissance), âgé de (Age), profession : (Profession), demeurant : (Adresse Code postal Commune), admis en (Mode de soins sans consentement), le (Date début).

La mesure d'isolement / de contention *(rayer la mention inutile)* fait l'objet d'une surveillance stricte, somatique et psychique par le personnel médical et infirmier de l'unité, tracée dans le dossier médical.

L'information d'au moins un membre de la famille, en priorité le conjoint du patient, le partenaire lié à lui par un PACS ou son concubin, ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient, et identifiée est tracée dans le dossier médical :

[ ] OUI [ ] NON, personnes non identifiées [ ] NON, refus du patient consigné dans le dossier

Ces personnes ont été informées de leur droit de saisir le juge des libertés et de la détention aux fins de mainlevée le :

La décision médicale initiale d'isolement / de contention motivée *(rayer la mention inutile)* est en date et heure du (Date saisie).
Elle a fait l'objet de XXX évaluations à (dates et heures des évaluations).

Fait à (Commune), le (Date du jour)
Docteur (Prénom Nom)

Annexe 3

Formulaire-type relatif à la saisine du juge des libertés et de la détention (JLD) relative à une mesure d'isolement et/ou de contention

En application de l'article 17 de la loi du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire

Prénom Nom d'usage,
né le … (date de naissance)
à … (commune de naissance),
âgé de …,
profession,
demeurant : (adresse code postal commune),
Faisant l'objet d'une mesure de protection judiciaire des majeurs (si connue)
nom et coordonnées du curateur ou du tuteur (le cas échéant)
admis en hospitalisation complète sans consentement le … (date de début),
A fait l'objet d'une mesure d'isolement / de contention *(supprimer la mention inutile)* au(x) motif(s) suivant(s) :

- Violence ou Hétéro-agressivité
- Suicide
- Auto-agressivité hors suicide
- Etat d'agitation non dirigée
- Autres (précisez)

Dernière saisine concernant cette mesure : … (date et heure)

La décision initiale, motivée, a été prise le … (date et heure) puis renouvelée XX fois :

- le … (date et heure) ;
- le … (date et heure) ;

Le patient a été évalué XX fois :

- le … (dates et heures des évaluations) ;
- le … (dates et heures des évaluations).

La dernière décision d'isolement / de contention *(supprimer la mention inutile)* a débuté le (date et heure de début de la dernière mesure) et s'est terminée le (date et heure de la fin de la dernière mesure).

Avant la mise en place de cette mesure, des intervention(s) alternative(s) ont été tentée(s) :

[ ] Intervention verbale, désescalade
[ ] Temps calme / Espace d'apaisement
[ ] Entretien avec un soignant
[ ] Médicament
[ ] Autre (précisez)

Le patient et au moins un de ses proches ont été informés du renouvellement exceptionnel des mesures d'isolement / contention :

[ ] Oui [ ] Non, car personnes non identifiées [ ] Non, car refus du patient

Si oui, indiquer l'identité de la personne(s) prévenue(s) :
……
……
Le patient souhaite / ne souhaite pas *(supprimer la mention inutile)* être entendu par le JLD et il souhaite / ne souhaite pas *(supprimer la mention inutile)* bénéficier d'un avocat.
Par ailleurs, il existe / n'existe pas *(supprimer la mention inutile)* un obstacle médical à l'audition du patient devant le JLD.
Le patient accepte / refuse *(supprimer la mention inutile)* d'être entendu par des moyens de télécommunication.

Fait à … (commune), le … (date du jour)
Docteur (Prénom nom)

Documents à transmettre au JLD

I. Lors de la saisine systématique par le directeur de l'établissement du JLD

1. Pièces à communiquer avec la requête

- Les pièces mentionnées à l'article R. 3211-12 :

  1° Quand l'admission en soins psychiatriques a été effectuée à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, une copie de la décision d'admission motivée et, le cas échéant, une copie de la décision la plus récente ayant maintenu la mesure de soins, les nom, prénoms et adresse du tiers qui a demandé l'admission en soins ainsi qu'une copie de sa demande d'admission ;

  2° Quand l'admission en soins psychiatriques a été ordonnée par le préfet, une copie de l'arrêté d'admission en soins psychiatriques et, le cas échéant, une copie de l'arrêté le plus récent ayant maintenu la mesure de soins ;

  3° Quand l'admission en soins psychiatriques a été ordonnée par une juridiction, une copie de la décision et de l'expertise mentionnées à l'article 706-135 du code de procédure pénale ;

  4° Une copie des certificats et avis médicaux prévus aux chapitres II à IV du titre I^{er} du livre II de la troisième partie de la partie législative du présent code, au vu desquels la mesure de soins a été décidée et de tout autre certificat ou avis médical utile, dont ceux sur lesquels se fonde la décision la plus récente de maintien des soins ;

  5° Le cas échéant :

  a) L'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9 ;

  b) L'avis d'un psychiatre ne participant pas à la prise en charge de la personne qui fait l'objet de soins, indiquant les motifs médicaux qui feraient obstacle à son audition.

- Les décisions motivées successives relatives aux mesures d'isolement et de contention dont le patient a fait l'objet.

- Tout autre élément de nature à éclairer le juge.

2. Dans un délai de 10h à compter de l'enregistrement de la requête par le greffe

- Le cas échéant, le nom de l'avocat choisi par le patient ou l'indication selon laquelle il demande qu'un avocat soit commis d'office pour l'assister ou le représenter.

- Le cas échéant, le souhait du patient d'être entendu par le juge des libertés et de la détention ainsi que son acceptation ou son refus d'une audition par des moyens de télécommunication.

- Si le patient demande à être entendu par le juge des libertés et de la détention, un avis d'un médecin relatif à l'existence éventuelle de motifs médicaux faisant obstacles, dans son intérêt, à son audition et à la compatibilité de l'utilisation de moyens de télécommunication avec son état mental.

- Toute pièce que le patient entend produire.

II. Lors d'une requête formée par le patient

Transmission par le directeur de l'établissement, dans un délai de 10h à compter du dépôt par le patient de sa requête au secrétariat de l'établissement d'accueil ou de l'établissement du procès-verbal recueillant la déclaration verbale du patient de :

- La requête ou le procès-verbal.
- Toute pièce que le patient entend produire.
- Les pièces mentionnées à l'article R. 3211-12 :

  1° Quand l'admission en soins psychiatriques a été effectuée à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, une copie de la décision d'admission motivée et, le cas échéant, une copie de la décision la plus récente ayant maintenu la mesure de soins, les nom, prénoms et adresse du tiers qui a demandé l'admission en soins ainsi qu'une copie de sa demande d'admission ;

  2° Quand l'admission en soins psychiatriques a été ordonnée par le préfet, une copie de l'arrêté d'admission en soins psychiatriques et, le cas échéant, une copie de l'arrêté le plus récent ayant maintenu la mesure de soins ;

  3° Quand l'admission en soins psychiatriques a été ordonnée par une juridiction, une copie de la décision et de l'expertise mentionnées à l'article 706-135 du code de procédure pénale ;

  4° Une copie des certificats et avis médicaux prévus aux chapitres II à IV du titre I^{er} du livre II de la troisième partie de la partie législative du présent code, au vu desquels la mesure de soins a été décidée et de tout autre certificat ou avis médical utile, dont ceux sur lesquels se fonde la décision la plus récente de maintien des soins ;

  5° Le cas échéant :

  a) L'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9 ;

  b) L'avis d'un psychiatre ne participant pas à la prise en charge de la personne qui fait l'objet de soins, indiquant les motifs médicaux qui feraient obstacles à son audition.

- Les décisions motivées successives relatives aux mesures d'isolement et de contention dont le patient a fait l'objet.
- Tout autre élément de nature à éclairer le juge.
- Le cas échéant, le nom de l'avocat choisi par le patient ou l'indication selon laquelle il demande qu'un avocat soit commis d'office pour l'assister ou le représenter.
- Le cas échéant, le souhait du patient d'être entendu par le juge des libertés et de la détention ainsi que son acceptation ou son refus d'une audition par des moyens de télécommunication.
- Si le patient demande à être entendu par le juge des libertés et de la détention, un avis d'un médecin relatif à l'existence éventuelle de motifs médicaux faisant obstacle, dans son intérêt, à son audition et à la compatibilité de l'utilisation de moyens de télécommunication avec son état mental.

III. Lors d'une requête formée par un tiers qui n'est ni le patient ni le directeur ou lors d'une auto-saisine du JLD

Transmission par le directeur d'établissement, dans un délai de 10h à compter de la réception de l'avis du greffe l'informant du dépôt de la requête de :

- Toute pièce que le patient entend produire.

- Les pièces mentionnées à l'article R. 3211-12 :

  1° Quand l'admission en soins psychiatriques a été effectuée à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, une copie de la décision d'admission motivée et, le cas échéant, une copie de la décision la plus récente ayant maintenu la mesure de soins, les nom, prénoms et adresse du tiers qui a demandé l'admission en soins ainsi qu'une copie de sa demande d'admission ;

  2° Quand l'admission en soins psychiatriques a été ordonnée par le préfet, une copie de l'arrêté d'admission en soins psychiatriques et, le cas échéant, une copie de l'arrêté le plus récent ayant maintenu la mesure de soins ;

  3° Quand l'admission en soins psychiatriques a été ordonnée par une juridiction, une copie de la décision et de l'expertise mentionnées à l'article 706-135 du code de procédure pénale ;

  4° Une copie des certificats et avis médicaux prévus aux chapitres II à IV du titre I^{er} du livre II de la troisième partie de la partie législative du présent code, au vu desquels la mesure de soins a été décidée et de tout autre certificat ou avis médical utile, dont ceux sur lesquels se fonde la décision la plus récente de maintien des soins ;

  5° Le cas échéant :

  a) L'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9 ;

  b) L'avis d'un psychiatre ne participant pas à la prise en charge de la personne qui fait l'objet de soins, indiquant les motifs médicaux qui feraient obstacle à son audition.

- Les décisions motivées successives relatives aux mesures d'isolement et de contention dont le patient a fait l'objet.

- Tout autre élément de nature à éclairer le juge.

- Le cas échéant, le nom de l'avocat choisi par le patient ou l'indication selon laquelle il demande qu'un avocat soit commis d'office pour l'assister ou le représenter.

- Le cas échéant, le souhait du patient d'être entendu par le juge des libertés et de la détention ainsi que son acceptation ou son refus d'une audition par des moyens de télécommunication

- Si le patient demande à être entendu par le juge des libertés et de la détention, un avis d'un médecin relatif à l'existence éventuelle de motifs médicaux faisant obstacles, dans son intérêt, à son audition et à la compatibilité de l'utilisation de moyens de télécommunication avec son état mental.

Annexe 4

Notice concernant le recueil des mesures d'isolement et de contention dans le recueil d'informations médicalisé pour la psychiatrie (RIM-P)

L'Agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH) a été mandatée pour mettre en œuvre un recueil descriptif des mesures d'isolement et de contention à partir du 1er janvier 2018 dans le cadre du Recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P).
Ce recueil sous la forme d'un fichier complémentaire de type FICHCOMP a évolué à partir du 1er janvier 2020 pour intégrer des nouvelles variables et précisions suivant les préconisations du Comité technique de psychiatrie de l'ATIH[1] et du Comité de pilotage national de la psychiatrie.
Le recueil actuel repose sur les 5 types de mesures suivantes :

- A : Mesure d'isolement dans un espace dédié : Un espace est dit dédié s'il est conforme aux recommandations de bonnes pratiques (RBP) de la HAS concernant les espaces dédiés à l'isolement.
- B : Mesure d'isolement dans un espace non dédié : Tout espace (dont la chambre du patient) ne respectant pas les RBP de la HAS concernant les espaces dédiés à l'isolement.
- C : Contention mécanique (non ambulatoire) : Fait référence à un patient en position allongée dans un lit avec sangle.
- E : Contention mécanique ambulatoire : Exemple : vêtement de contention.
- D : Contention mécanique autres : Tout moyen de contention qui ne relèverait pas du type « C » et « E » décrit au-dessus.

Pour chaque mesure sont indiquées la date, heure, minute de début et de fin ainsi que les variables suivantes :

Motif	Violence ou Hétéroagressivité	0 : Non ; 1 : Menace ou Imminence ; 2 : Passage à l'acte ; 8 : Autres
	Suicide ou TS	0 : Non ; 1 : Menaces suicidaires persistantes et réitérées ; 2 : Passage à l'acte suicidaire depuis son admission 8 : Autres
	Autoagressivité hors suicide	0 : Non ; 1 : Auto-mutilation ; 8 : Autres
	Etat d'agitation non dirigée	0 : non ; 1 : oui
	Autres	0 : non ; 1 : oui
Pathologie chronique	Schizophrénie	0 : non ; 1 : oui
	Épisode maniaque	0 : non ; 1 : oui
	Trouble affectif bipolaire	0 : non ; 1 : oui
	Épisode dépressif	0 : non ; 1 : oui
	Trouble du Neurodéveloppement	0 : non ; 1 : oui
	Troubles Neuro-dégénératifs	0 : non ; 1 : oui
	Troubles déficitaires	0 : non ; 1 : oui
	Autres	0 : non ; 1 : oui

[1] https://www.atih.sante.fr/psy/comite-technique-psychiatrie

Trouble spécifique de la personnalité		0 : Non ; 1 : Personnalité dyssociale F60.2 ; 2 : Personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F 60.30) ou borderline : F60.31 ; 8 : Autres type de personnalité
Prise de substance toxique	Intoxication aiguë	0 : non ; 1 : oui
	Intoxication chronique	0 : non ; 1 : oui
Patient connu		0 : Non ; 1 : Oui ; Patient connu de l'équipe soignante qui réalise la mesure car elle le prend en charge habituellement. 2 : Oui ; Patient connu de l'équipe soignante qui réalise la mesure car l'équipe soignante qui le prend en charge habituellement a transmis des éléments d'anamnèse, de façon orale ou écrite

Annexe 5

MINISTÈRE
DE LA JUSTICE
Liberté
Égalité
Fraternité

Le directeur des affaires civiles et du sceau
Le directeur des services judiciaires

Circulaire du 25 mars 2022
Date d'application : immédiate

Le garde des sceaux, ministre de la justice

A

POUR ATTRIBUTION

Mesdames et Messieurs les procureurs généraux près les cours d'appel
Madame le Procureur près le tribunal supérieur d'appel
Mesdames et Messieurs les procureurs de la République
près les tribunaux judiciaires

POUR INFORMATION

Madame la Première présidente de la Cour de cassation
Monsieur le Procureur général près la Cour de cassation
Mesdames et Messieurs les premiers présidents des cours d'appel
Monsieur le Président du tribunal supérieur d'appel
Mesdames et Messieurs les présidents des tribunaux judiciaires
Madame la Directrice de l'Ecole nationale de la magistrature
Madame la Directrice de l'Ecole nationale des greffes
Monsieur la Président du Conseil national des barreaux
Mesdames et Messieurs les préfets de département
Mesdames et Messieurs les directeurs des Agences Régionales de Santé
Monsieur le Président du Conseil national de l'Ordre des médecins

N°NOR : JUSC 2209863C
N° CIRC : CIV/02/22
N/REF : 202230000362/C3/DP

Titre : **Circulaire de présentation des dispositions du décret n° 2022-419 du 23 mars 2022 modifiant la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement**

Mots-clefs : juge des libertés et de la détention (JLD) ; procédure civile ; isolement ; contention ; soins psychiatriques sans consentement.

Textes sources :

- Article 17 de la loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique
- Décret n° 2022-419 du 23 mars 2022 modifiant la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement

Publication : Bulletin officiel et intranet justice

Annexe : fiches réflexe

Sommaire

1. **L'information qui doit être délivrée en cas de renouvellement de la mesure**

   1.1 La délivrance de l'information relative au renouvellement exceptionnel des mesures d'isolement et de contention

   1.2 L'information délivrée à certains tiers de leur droit de saisir le JLD aux fins de mainlevée de la mesure d'isolement ou de contention

2. **La procédure applicable devant le JLD**

   2.1 Les délais dans lesquels le directeur d'établissement doit saisir le JLD aux fins d'autorisation de maintien de la mesure d'isolement ou de contention

   2.2 La saisine du JLD

   2.3 Particularités liées à la saisine d'office du JLD

   2.4 Mise en état de la procédure

   2.5 Conditions d'intervention du JLD

3. **La décision du JLD**

   3.1 Nature du contrôle exercé par le juge

   3.2 Le délai pour statuer

   3.3 Particularités en cas de saisine concomitantes

   3.4 Notification de la décision

4. **Les voies de recours**

5. **Les modalités d'échanges entre les juridictions et les établissements de santé**

6. **L'organisation des permanences de week-end**

Annexe : Fiches « Actions du greffe »

Préambule

Les mesures d'isolement et de contention qui peuvent être mise en œuvre à l'égard d'une personne faisant l'objet d'une hospitalisation sans consentement sont prévues et organisées par les dispositions de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique (CSP).

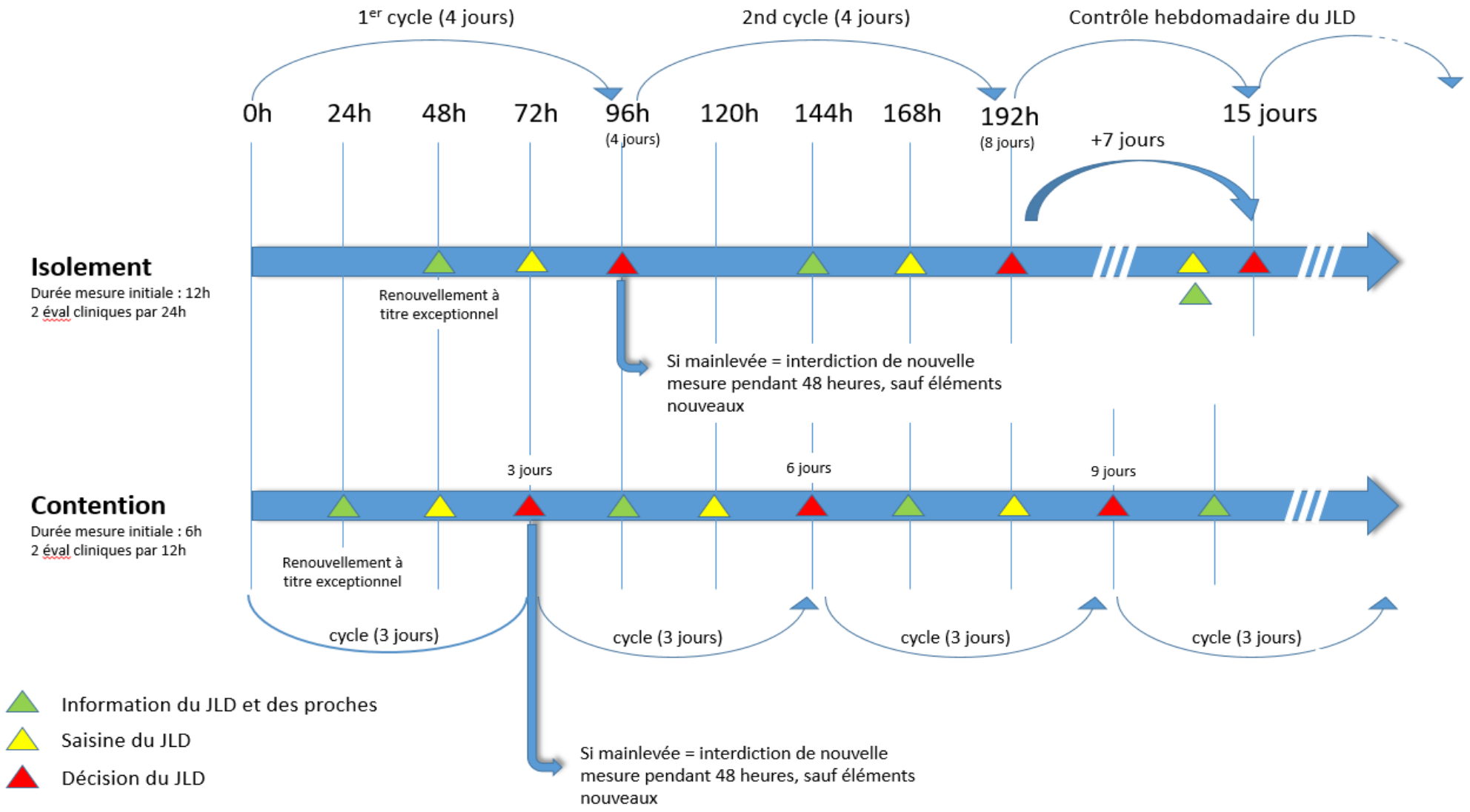
Ces mesures à visée exclusivement thérapeutique ne peuvent être décidées que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui.

Elles sont mises en œuvre sous la responsabilité du psychiatre et sous la surveillance des personnels de santé désignés à cette fin.

Dans sa décision n° 2021-912/913/914 QPC du 4 juin 2021, le Conseil Constitutionnel a rappelé que ces mesures constituent une privation de liberté, et doivent être soumises au contrôle systématique du juge judiciaire, conformément aux dispositions de l'article 66 de la Constitution.

L'article 17 de la loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 organise en conséquence les conditions dans lesquelles les mesures d'isolement et de contention peuvent exceptionnellement se poursuivre au-delà des durées respectives de quarante-huit et vingt-quatre heures. Il prévoit, à l'occasion des renouvellements de ces mesures, d'une part, la délivrance d'une information et, d'autre part, un contrôle systématique de l'autorité judiciaire.

Le cadre juridique qui résulte de ces dispositions a été détaillé dans la dépêche du 21 janvier 2022 et peut être résumé sous la forme de la frise suivante :


1er cycle (4 jours)
2nd cycle (4 jours)
Contrôle hebdomadaire du JLD
0h
24h
48h
72h
96h
(4 jours)
120h
144h
168h
192h
(8 jours)
15 jours
+7 jours
Isolement
Durée mesure initiale : 12h
2 éval cliniques par 24h
Renouvellement à titre exceptionnel
Si mainlevée = interdiction de nouvelle mesure pendant 48 heures, sauf éléments nouveaux
3 jours
6 jours
9 jours
Contention
Durée mesure initiale : 6h
2 éval cliniques par 12h
Renouvellement à titre exceptionnel
cycle (3 jours)
cycle (3 jours)
cycle (3 jours)
cycle (3 jours)
Information du JLD et des proches
Saisine du JLD
Décision du JLD
Si mainlevée = interdiction de nouvelle mesure pendant 48 heures, sauf éléments nouveaux

Le décret n° 2022-419 du 23 mars 2022 *modifiant la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement* est pris pour l'application de ces dispositions. Il précise les modalités selon lesquelles les personnes intéressées sont informées de ces renouvellements et organise les modalités de la saisine du juge des libertés et de la détention (JLD) aux fins de maintien des mesures.

Il procède en outre à des ajustements des dispositions relatives à la procédure applicable aux demandes aux fins de mainlevée des mesures d'isolement ou de contention.

En effet, le JLD peut désormais être saisi :

- par le directeur de l'établissement, aux fins d'autoriser le maintien de la mesure (art. R. 3211-33-1 du CSP) ;
- par le patient lui-même, aux fins de mainlevée de la mesure (art. R.3211-34 du CSP) ;
- par l'une des personnes visées à l'article L. 3211-12 du CSP aux fins de mainlevée de la mesure (art. R. 3211-35 du CSP).

Le traitement de ces demandes est précisé par les articles R. 3211-36 à R. 3211-41 du CSP, qui ont été modifiés afin de de prendre en considération les particularités liées à la saisine du JLD aux fins d'autoriser le maintien des mesures.

Le décret entre en vigueur au lendemain de sa publication au *Journal officiel,* soit le 26 mars 2022. Ces dispositions sont applicables aux mesures d'isolement et de contention en cours au jour de son entrée en vigueur.

La présente circulaire expose le cadre du contrôle des mesures d'isolement et de contention prévu par le CSP, dans sa rédaction issue de la l'article 17 de la loi du 22 janvier 2022 et du décret du 23 mars 2022 précités.

1. L'information qui doit être délivrée en cas de renouvellement de la mesure

1.1 La délivrance de l'information relative au renouvellement exceptionnel des mesures d'isolement et de contention

- L'information sur le renouvellement de la mesure

Lorsque la mesure d'isolement est renouvelée au-delà de 48 heures ou la mesure de contention au-delà de 24 heures, l'article L. 3222-5-1 du CSP prévoit que deux types d'informations doivent être délivrées sans délai.

Elles sont déclinées à l'article R. 3211-31, auquel renvoie l'article R. 3211-31-1.

Le **directeur d'établissement** doit informer le **JLD**. (art. R. 3211-31) Cette information est donnée par tout moyen permettant de dater sa réception	Cette information est délivrée : ⇨ Lorsque la mesure d'isolement est renouvelée au-delà de 48 heures ⇨ Lorsque la mesure de contention est

<table>
<tr><td>(art. R. 3211-31 du CSP) afin de permettre le contrôle de l'exigence légale d'une transmission « sans délai » (art. L. 3222-5-1 II- du CSP).</td><td rowspan="2">renouvelée au-delà de 24 heures
⇨ Lorsqu'une nouvelle mesure est prise, moins de 48 heures après une décision de mainlevée, motivée par la survenance d'un élément nouveau dans la situation du patient rendant impossibles d'autres modalités de prise en charge.
<u>Cette information est réitérée</u> :
⇨ Lorsque le médecin renouvelle une mesure <u>d'isolement</u> après une décision de maintien du JLD, au-delà de 48 heures après l'expiration du délai dont le juge disposait pour statuer.
⇨ Lorsque le médecin renouvelle une mesure de <u>contention après une décision du JLD,</u> au-delà de 24 heures après l'expiration du délai dont le juge disposait pour statuer, puis à l'occasion de chaque renouvellement ultérieur de la même mesure par le médecin.</td></tr>
<tr><td>Le médecin doit informer au moins un membre de la famille du patient, en priorité son conjoint, le partenaire lié à lui par un pacte civil de solidarité ou son concubin, ou une personne susceptible d'agir dans son intérêt dès lors qu'une telle personne est identifiée, du renouvellement envisagé de la mesure d'isolement ou de contention.
(art. R. 3211-31-1)</td></tr>
</table>

- <u>Information sur la saisine du JLD en cas de renouvellement d'une mesure d'isolement après deux décisions d'autorisation de maintien</u>

En cas de renouvellement d'une mesure d'isolement après deux décisions d'autorisation de maintien, le directeur de l'établissement doit saisir le JLD aux fins de maintien de la mesure d'isolement, au moins vingt-quatre heures avant l'expiration d'un délai de sept jours depuis la dernière décision de maintien du juge (art. L. 3222-5-1 II al. 5). Concomitamment, le médecin doit également informer de cette saisine au moins un membre de la famille du patient ou une personne susceptible d'agir dans son intérêt.

- <u>Calcul de la durée en cas de mesures non consécutives</u>

Le I de l'article R. 3211-31 du CSP précise les modalités de calcul de la durée des mesures non consécutives. Il prévoit deux règles :

- S'il s'est écoulé moins de 48 heures entre la levée et la reprise d'une mesure d'isolement ou de contention, celle-ci est considérée, pour le calcul des délais, comme une mesure unique.

- La durée de toutes les mesures non consécutives qui ont été prises, qu'elles soient ou non espacées de plus de 48h, sur une période de quinze jours glissants est cumulée.

Dans ces deux cas, l'information doit être délivrée lorsque le temps cumulé d'isolement ou de contention atteint le seuil légal.

1.2 L'information délivrée à certains tiers de leur droit de saisir le JLD aux fins de mainlevée de la mesure d'isolement ou de contention

Lors du premier renouvellement d'une mesure d'isolement (au-delà de 48 heures) ou de contention (au-delà de 24 heures), le III de l'article R. 3211-31-1 du CSP prévoit que l'établissement informe au moins un membre de la famille du patient, en priorité son conjoint, son partenaire de PACS ou son concubin, ou une personne susceptible d'agir dans son intérêt dès lors qu'une telle personne est identifiée, de leur droit de saisir le JLD aux fins de mainlevée d'une mesure d'isolement ou de contention en application de l'article L. 3211-12. Cette information est délivrée dans le respect de la volonté du patient et du secret médical.

2. La procédure applicable devant le JLD

2.1 Les délais dans lesquels le directeur de l'établissement doit saisir le JLD aux fins d'autorisation de maintien de la mesure d'isolement ou de contention (article L. 3222-5-1 du CSP)

Première saisine du JLD ⇨ Avant l'expiration de la 72ème heure d'isolement ⇨ Avant l'expiration de la 48ème heure de contention Le juge statue dans un délai de 24 heures à compter du terme de ces mesures.
Saisine après une première décision de maintien ⇨ Avant l'expiration de la 72ème heure d'isolement effectif après l'expiration du délai dont le juge disposait pour statuer ⇨ Avant l'expiration de la 48ème heure de contention effective après l'expiration du délai dont le juge disposait pour statuer
Saisine après une seconde décision de maintien, et pour les renouvellements ultérieurs ⇨ au moins 24 heures avant l'expiration d'un délai de 7 jours d'isolement suivant le dernier cycle au cours duquel la décision du JLD est intervenue. Le juge doit statuer avant l'expiration du délai de 7 jours. ⇨ Avant l'expiration de la 48ème heure de contention suivant le dernier cycle au cours duquel la décision du JLD est intervenue

Si le directeur n'a pas saisi le JLD avant l'expiration de ces délais, la mesure est levée immédiatement (art. R. 3211-39 II 1°).

2.2 La saisine du JLD

Les modalités de saisine du JLD et les diligences du greffe sont principalement détaillées à l'article R. 3211-33-1 du CSP.

Les articles R. 3211-34, 35, et 37 du CSP, qui traitent de la saisine du JLD aux fins de mainlevée et de la saisine d'office, ainsi que l'article R. 3211-36, qui expose les diligences du greffe, y renvoient pour partie.

- Compétence territoriale et forme de la saisine

Le JLD compétent est celui du tribunal dans le ressort duquel est situé l'établissement d'accueil du patient à l'égard duquel la mesure d'isolement et de contention est prise (art. R. 3211-33).

Dans tous les cas, la demande prend la forme d'une requête écrite ou d'un procès-verbal, adressé au greffe du JLD, qui contient les mentions fixées par l'article R. 3211-10. En fonction de l'auteur de la requête, des dispositions particulières s'appliquent :

Saisine par le directeur	Art. R. 3211-33-1	La requête contient : - les pièces mentionnées à l'article R. 3211-12 - les précédentes décisions d'isolement ou de contention prises à l'égard du patient, et de tout autre élément de nature à éclairer le juge.
Saisine par le patient	Art. R. 3211-34	- dépôt d'une requête (horodatée) au secrétariat de l'établissement d'accueil ou déclaration verbale recueillie par le directeur de l'établissement de soins qui établit un PV horodaté et signé ; - transmission au greffe par le directeur de l'établissement dans un délai de 10 h à compter du dépôt par le patient de sa requête au secrétariat de l'établissement d'accueil, ou de l'établissement du PV recueillant la déclaration du patient.
Saisine par un proche du patient	Art. R. 3211-35	La requête doit indiquer si le requérant souhaite être entendu par le JLD, et s'il accepte ou refuse une audition par télécommunication.

- Obligations mises à la charge du directeur d'établissement (R. 3211-33-1)

Le directeur délivre au patient les informations prévues au II de l'article R. 3211-33-1, soit :
- la saisine du JLD (ou, le cas échéant, la transmission de la requête ou de la déclaration du patient) ;
- son droit d'être assisté ou représenté par un avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office ;
- son droit de demander à être entendu par le juge et, si le juge décide de ne pas procéder à son audition, d'être représenté par un avocat. A cette occasion, le directeur recueille l'accord éventuel du patient pour être entendu par des moyens de télécommunication ;
- son droit d'avoir accès aux pièces jointes à la requête dans le respect, s'agissant des documents faisant partie du dossier médical, des prescriptions de l'article L. 1111-7 du CSP.

En outre, **dans un délai de 10h à compter de l'enregistrement de la requête** ou du procès-verbal, il doit transmettre les informations et pièces prévues au III de l'article R. 3211-33-1 du CSP, soit :
- le nom de l'avocat choisi par le patient ou l'indication selon laquelle il demande qu'un avocat soit commis d'office pour l'assister ou le représenter ;
- le souhait du patient d'être entendu par le JLD ainsi que son acceptation ou son refus d'une audition par des moyens de télécommunication ;
- si le patient demande à être entendu par le JLD, un avis d'un médecin relatif à l'existence éventuelle de motifs médicaux faisant obstacle, dans son intérêt, à son audition et à la compatibilité de l'utilisation de moyens de télécommunication avec son état mental.

La transmission de ces informations et pièces peut être faite par tout moyen permettant de conférer date certaine.

- Missions du greffe du JLD

Les conditions d'enregistrement de la requête, ainsi que les vérifications et les démarches qui doivent être entreprises par le greffe sont détaillées dans les fiches annexées, propres à chaque cadre procédural.

En outre, le greffe communique la requête ou le procès-verbal :
- au directeur de l'établissement, à moins qu'il ne l'ait lui-même transmis(e), à charge pour lui d'en remettre une copie au patient et au médecin ayant pris la mesure,
- le cas échéant, à l'avocat du patient, aux personnes chargées d'une mesure de protection juridique à son égard, ainsi qu'au ministère public (art. R. 3211-36, 1° à 4°).

Lorsque la saisine émane d'un tiers, le greffe doit informer les parties de leur droit à demander à être entendues par le juge, à être assistées ou représentées par avocat et à consulter les pièces de la procédure. Il doit également informer le patient, par l'intermédiaire du directeur de l'établissement, de la saisine du JLD (art. R. 3211-35).

2.3 Particularités liées à la saisine d'office du JLD

Le JLD a la faculté de se saisir d'office, à tout moment des mesures d'isolement et de contention qui relèvent de sa compétence.

La procédure applicable est prévue par l'article R. 3211-37 du CSP, qui dispose notamment que :

- Le JLD met le patient, son avocat dès sa désignation, la personne chargée d'une mesure de protection juridique à son égard, le médecin ayant pris la mesure, le ministère public, les représentants légaux si la personne est mineure, en mesure de produire des observations.
- Le greffe avise l'établissement de la saisine d'office du JLD. Dans un délai de 10 heures, le directeur communique au greffe l'ensemble des informations et pièces mentionnées au III de l'article R. 3211-34.

2.4 La mise en état de la procédure

Le directeur est tenu d'adresser avec sa requête aux fins de maintien, mais également à l'occasion de la transmission de la requête du patient ou du tiers, les pièces mentionnées à l'article R. 3211-12 ainsi que les précédentes décisions d'isolement ou de contention prises à l'égard du patient et tout autre élément de nature à éclairer le juge.

Si ces pièces n'ont pas été transmises d'office, le JLD en sollicite la transmission auprès de l'établissement.

Il incombe alors au directeur d'en assurer la transmission par tout moyen au greffe du JLD dans un délai de 10 heures à compter de la réception de l'avis du greffe l'informant du dépôt de la requête (art. R. 3211-35, al. 3, du CSP en cas de requête formée par un tiers ; art. R. 3211-37, al. 2, du CSP en cas de saisine d'office par le JLD).

Le dépassement de ce délai n'est pas sanctionné par l'irrecevabilité des pièces produites tardivement. Il appartient néanmoins au juge de veiller au respect du principe du contradictoire.
En outre, le respect de ce délai est nécessaire pour permettre au juge de pouvoir statuer dans le délai de 24 heures, lequel est sanctionné par la mainlevée de la mesure d'isolement ou de contention prise.

Le JLD dispose, outre des pièces et des observations des parties (art. R. 3211-38, al. 2, du CSP), des éventuelles observations adressées par le médecin qui a pris la mesure (art. R. 3211-38, al. 3). Il doit s'assurer que la communication par tout moyen de ces pièces et observations s'effectue dans le respect du principe du contradictoire.

Enfin, le JLD dispose de pouvoirs d'investigation spécifiques : il peut solliciter l'avis d'un psychiatre autre que celui à l'origine de la mesure, se rendre à tout moment sur place afin d'apprécier les conditions d'exécution de la mesure ou encore consulter le registre des mesures d'isolement et de contention mentionné au III de l'article L. 3222-5-1 (art. R. 3211-38, al. 4, 6 et 7).

2.5 Conditions d'intervention du JLD

Le JLD statue en principe sans audience selon une procédure écrite (art. L. 3211-12-2, III, al. 1, et art. R. 3211-39 du CSP).

Le patient ou le cas échéant, le demandeur peut demander à être entendu par le juge des libertés et de la détention, auquel cas cette audition est de droit et toute demande peut être présentée oralement.

Cette audition peut être réalisée par tout moyen de télécommunication audiovisuelle ou, en cas d'impossibilité avérée, par communication téléphonique, à condition que le patient ou le demandeur y ait expressément consenti et que ce moyen permette de s'assurer de son identité et de garantir la qualité de la transmission et la confidentialité des échanges.

L'audition du patient ne peut être réalisée grâce à ce procédé que si un avis médical atteste que son état mental n'y fait pas obstacle.(article L. 3211-12-2 III du CSP).

Dans ce cadre, l'assistance ou la représentation du patient par un avocat n'est pas obligatoire.

Cependant, lorsque des motifs médicaux font obstacle, dans l'intérêt du patient, à l'audition qu'il a demandée, le patient est représenté par un avocat. Des conventions et accords locaux entre juridictions, barreaux et établissements de santé pourront utilement porter sur les modalités d'un éventuel entretien entre le patient et l'avocat qui le représente.

Les parties peuvent échanger leurs observations et leurs pièces par tout moyen, dès lors que le JLD peut s'assurer du respect du contradictoire.

Le JLD peut néanmoins décider de tenir une audience s'il l'estime nécessaire (art. L. 3211-12-2, III, al. 5, et art. R. 3211-41). **Dans ce cas, la procédure est orale** et le juge statue sur la base des éléments échangés lors des débats de manière contradictoire.

La procédure est alors identique à celle prévue en matière de soins sans consentement, sous réserve de certaines adaptations liées à la nature des mesures d'isolement et de contention :

- Comme en matière de contestation des mesures de soins sans consentement, le patient est obligatoirement assisté ou représenté par un avocat (art. R. 3211-41, I, al. 1) ;

- Les modalités de convocation des parties et des tiers intéressés à l'audience sont identiques à celles prévues en matière de contrôle des soins sans consentement (art. R. 3211-13), sous réserve des adaptations suivantes (art. R. 3211-41, II) :
  - la convocation du préfet qui a ordonné ou maintenu la mesure de soins ainsi que du tiers ayant demandé l'admission du patient en soins sans consentement n'est pas prévue,
  - un avis d'audience est adressé au directeur de l'établissement, qui en informe le médecin ayant pris la mesure d'isolement ou de contention ;

- Les modalités de tenue de l'audience sont identiques à celles prévues en matière de contrôle des soins sans consentement (art. R. 3211-15), sous réserve des adaptations suivantes (art. R. 3211-41, III):
  - le médecin ayant pris la mesure d'isolement ou de contention peut émettre des observations,
  - le JLD dispose des pouvoirs d'investigation précités (art. R. 3211, 41, III, al. 5, qui renvoie aux cinq derniers alinéas de l'article R. 3211-38).

3. La décision du JLD

3.1 La nature du contrôle exercé par le juge

Comme en matière de soins sans consentement, le JLD opère un **contrôle de la régularité de la mesure et de son bien-fondé,** ce qui emporte, non pas une appréciation de l'opportunité médicale de la mesure mais **un contrôle de ses motifs** au regard des critères précisés à l'article L. 3222-5-1 du CSP.

3.2 Le délai pour statuer

Le JLD statue sur les demandes aux fins de maintien ou de mainlevée d'une mesure d'isolement ou de contention avant l'expiration, selon le cas, du délai de 24 heures à compter du terme des durées prévues au deuxième alinéa du II de l'article L. 3222-5-1, ou du délai de sept jours mentionné au cinquième alinéa du même II.

Il peut toutefois statuer dans un délai de 24 heures à compter de sa saisine aux fins de mainlevée, lorsque ce délai expire au-delà du terme des délais mentionnés ci-dessus (art. R. 3211-39)[1].

Le fait qu'il statue selon la procédure uniquement écrite (art. R. 3211-39) ou selon la procédure orale dérogatoire (art. R. 3211-41, IV) est sans incidence sur ce délai.

Lorsque le juge s'autosaisit, il n'est soumis à aucun délai pour statuer.

L'article 642 du code de procédure civile n'est pas applicable : ainsi le délai expirant le weekend ou un jour férié ou chômé n'est pas prorogé au premier jour ouvrable suivant (art. R. 3211-32, al. 2, du CSP).

Le non-respect des délais impartis pour statuer emporte la mainlevée de la mesure d'isolement et de contention (art. R. 3211-39, II 2° du CSP dans le cadre de la procédure écrite sans audience ; auquel renvoie l'article R. 3211-41, IV dans le cadre de la procédure orale). Dans ce cas, le psychiatre peut décider d'une nouvelle mesure, sans information immédiate du juge.

Néanmoins, après mainlevée d'une précédente mesure, les dispositions précitées ne font pas obstacle à ce que le médecin prenne à nouveau une mesure de contention ou d'isolement, dans les conditions prévues à l'article L. 3222-5-1 dès lors que cette décision est motivée par la survenance d'un élément nouveau dans la situation du patient rendant impossibles d'autres modalités de prise en charge. Dans ce cas, l'intérêt du patient doit être recherché afin de garantir sa sécurité et celle d'autrui.

3.3 Particularités en cas de saisines concomitantes

Lorsque le JLD statue sur une mesure d'isolement et/ou de contention à l'occasion du contrôle obligatoire périodique de la mesure d'hospitalisation complète (art. L. 3211-12-1, IV, du CSP) ou d'une demande de mainlevée des soins sans consentement (art. L. 3211-12, III, du CSP), une seule ordonnance peut être rendue si le juge est en mesure de statuer sur l'ensemble des mesures soumises à son contrôle à la fois :

- dans le respect des délais prévus au II de l'article L. 3222-5-1 pour la mesure d'isolement et de contention,

[1] La date de l'enregistrement n'est en principe pas prise en compte par le logiciel métier. En effet, le greffe enregistre dans le logiciel deux dates : la date de saisie « *Saisine du* » correspondant au jour de réception de la requête au sein de la juridiction et la date de l'acte de saisine « *Acte de saisine du* » correspondant à la date du dépôt de la requête dans le service concerné. Il convient de préciser clairement sur la requête que le délai court à compter, non pas de la date de saisine, mais de la date d'enregistrement qui peut être différente.

- dans le respect des échéances des douze jours et six mois prévues à l'article L. 3211-12-1.

De même, le juge peut statuer par une décision unique sur plusieurs demandes aux fins de mainlevées d'une mesure d'isolement et de contention présentées par le même demandeur, à condition de respecter les délais précités.

A défaut, il convient de statuer par ordonnances distinctes, notamment lorsqu'il est aux fins de mainlevée et aux fins de maintien (v. 3.2).

3.4 Notification de l'ordonnance

Les modalités de notification de la décision diffèrent selon le cadre procédural choisi, dans les conditions exposées au paragraphe 2.5, par le JLD :

- lorsque le JLD statue selon une procédure écrite, l'ordonnance est notifiée par le greffe aux parties par tout moyen permettant d'en établir la réception ; le greffe en avise le directeur d'établissement par tout moyen (art. R. 3211-40 du CSP).

- lorsque le JLD statue à l'issue d'une audience, les modalités de notification sont celles prévues en matière de soins sans consentement (art. R. 3211-41, V).

4. Les voies de recours

L'ordonnance du JLD est susceptible d'appel devant le premier président de la cour d'appel ou son délégué, dans un délai de 24 heures à compter de sa notification (art. R. 3211-42, al. 1, du CSP).

Le ministère public dispose du même délai pour interjeter appel ; aucune disposition ne prévoit la possibilité de demander que le recours soit déclaré suspensif (art. R. 3211-42, al. 2).

L'appel est formé par déclaration d'appel motivée transmise par tout moyen au greffe de la cour d'appel, qui l'enregistre avec mention de la date et de l'heure et en avise sur-le-champ le greffier du tribunal judiciaire aux fins de transmission du dossier sans délai (art. R. 3211-43).

Le premier président de la cour d'appel ou son délégué statue dans un délai de 24 heures à compter de sa saisine. Il dispose des mêmes pouvoirs que le JLD en première instance. La procédure suivie est identique à celle prévue en première instance (art. L. 3211-12-4 et art. R. 3211-44).

5. Les modalités d'échanges entre les juridictions et les établissements de santé

Plusieurs types d'échanges de pièces seront mis en œuvre entre les établissements de santé et les juridictions dans le cadre des décisions de contention et d'isolement.

Ces échanges sont toujours prévus par « tout moyen ». Toutefois, le délai imparti au JLD pour rendre sa décision et les délais intermédiaires de transmissions des requêtes et compléments de pièces médicales imposent de clairement définir les circuits de transmission.

Le dialogue local entre les tribunaux judiciaires et les établissements de santé, qui existe déjà au sein des ressorts, est de nature à favoriser l'organisation de ces modalités de transmission des informations et des requêtes prévues par les textes, notamment afin que celles-ci soient délivrées dans un délai raisonnable compte tenu des contraintes respectives des établissements de santé et des juridictions**.**

Ainsi, la transmission de ces informations et requêtes pourrait être organisée par les mêmes moyens de communication que ceux prévus localement dans le cadre des contrôles sur les mesures de soins sans consentement.

Si cela s'avère nécessaire, les espaces d'échange développés au niveau territorial entre les présidents des tribunaux judiciaires, les juges des libertés et de la détention, les directions et commissions médicales d'établissement (CME) concernées, le président de la Commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) et les ARS pourront être mobilisés à nouveau afin d'apprécier le caractère opérationnel des déclinaisons locales d'application de la réglementation et d'échanger sur les difficultés rencontrées.

Le cas échéant, des conventions locales pourront être conclues avec les agences régionales de santé ou les établissements de santé du ressort afin de déterminer les circuits de communication les plus efficients.

Afin de sécuriser les échanges de pièces entre les établissements de santé et les juridictions, des travaux ont été engagés par le Ministère de la santé et des solidarités ainsi que le Ministère de la justice pour favoriser le recours à de PLEX. Les travaux de recensement des adresses structurelles des établissements de santé recevant du public sous soins contraints sont en cours. Ce travail conduira à la signature d'une convention nationale entre les deux ministères permettant l'usage de PLEX dans le cadre de ces échanges (sans nécessité de réitérer la démarche de conventionnement au plan local).

6. L'organisation des permanences de week-end

L'entrée en vigueur de cette réforme implique la mise en œuvre de nouveaux usages concernant l'organisation des services du juge des libertés et de la détention.

Une attention particulière devra ainsi être portée à l'organisation des permanences du week-end. Ainsi, le magistrat de permanence JLD devra être en mesure de relever régulièrement le courrier de l'adresse de messagerie électronique sur laquelle les informations et/ou les éventuelles requêtes seront adressées par le directeur de l'établissement de santé. Les conventions conclues localement pourront en outre prévoir que le magistrat de permanence JLD soit avisé par voie téléphonique de l'envoi de requêtes ou de pièces, par l'établissement de santé.

Chaque juridiction devra organiser une astreinte de greffier pour cette nouvelle procédure. Sauf situation très exceptionnelle qui ne permettrait pas une mutualisation, elle sera assurée par l'un des greffiers déjà d'astreinte, notamment au titre de l'activité du JLD en matière pénale. L'intervention du greffier d'astreinte sera dès lors déclenchée par l'appel du magistrat de permanence JLD, dès réception de la requête.

Il conviendra enfin de veiller à ce que les greffiers d'astreinte soient formés en amont à l'enregistrement des requêtes sur l'applicatif WINCITGI, afin que les diligences requises en la matière puissent être réalisées dans les meilleurs délais.

7. Les mesures d'accompagnement

La célérité des délais impose au greffe une réactivité dans l'enregistrement et la transmission au juge et ce, notamment lors de ces permanences. Ainsi, une sensibilisation des agents sera nécessaire. A cet effet, des fiches « réflexe » de procédure sont annexées à la présente circulaire. Elles pourront utilement être complétées au regard des circuits de traitement mis en œuvre localement.

Un comité de suivi, associant des professionnels de terrain et des représentants des administrations centrales des ministères de la justice et de la santé et des solidarités, aura pour mission de faciliter et d'accompagner la mise en œuvre de la réforme. Ce comité prêtera une attention particulière à l'évaluation des charges induites par cette réforme afin d'en apprécier l'impact sur le terrain ; ce comité pourra proposer des mesures d'accompagnement, notamment en vue des arbitrages budgétaires du ministère de la justice pour 2023. Il aura également pour mission d'émettre des recommandations pour mettre en œuvre des circuits efficients de traitement des procédures entre les juridictions et les établissements de santé et de circulariser les bonnes pratiques.

Tirant les conséquences de l'accroissement des charges pesant sur les services du juge des libertés et de la détention, le versement d'une indemnité supplémentaire en cas d'intervention sans déplacement de jour les samedis, dimanches et jours fériés pour les juges des libertés et de la détention, est prévu.

*****

Nous vous saurions gré de bien vouloir assurer la diffusion de la présente circulaire auprès de l'ensemble des juridictions concernées et de tenir informés de toute difficulté qui pourrait survenir dans sa mise en œuvre, les bureaux suivants pour les sujets qui les concernent :

- Dacs-c1@justice.gouv.fr pour les questions relatives aux mesures d'isolement et de contention ;
- Dacs-c3@justice.gouv.fr pour les questions relatives à la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention ;
- oji2.dsj-sdoji@justice.gouv.fr pour les questions relatives aux aspects organisationnels.

Le directeur des affaires civiles et du sceau

Jean-François de MONTGOLFIER

Le directeur des services judiciaires

Paul HUBER

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

NOTE D'INFORMATION N° DGOS/RH3/2022/86 du 29 mars 2022 relative au dispositif de participation des établissements de santé à la constitution de droits à la retraite au bénéfice des personnels enseignants et hospitaliers titulaires mentionné à l'article 112 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006

Le ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SSAH2210095N (numéro interne : 2022/86)
Date de signature	29/03/2022
Emetteurs	Ministère des solidarités et de la santé Direction générale de l'offre de soins
Objet	Dispositif de participation des établissements de santé à la constitution de droits à la retraite au bénéfice des personnels enseignants et hospitaliers titulaires mentionné à l'article 112 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006.
Contact utile	Sous-direction des ressources humaines du système de santé Bureau RH3 Personne chargée du dossier : Tom MARTIGNOLLES Tél. : 01 40 56 53 84 Mél. : tom.martignolles@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexe	4 pages
Résumé	La note vient informer les Centres hospitaliers universitaires (CHU), établissements employant des personnels hospitalo-universitaires titulaires, en apportant des précisions sur les modalités de mise en œuvre du dispositif d'abondement de leurs plans d'épargne-retraite. Elle est prise à la suite de la revalorisation de l'abondement intervenue au 1er janvier 2022.
Mention Outre-mer	Aucune disposition spécifique pour l'Outre-Mer n'est prévue.
Mots-clés	Hospitalo-universitaire – épargne-retraite – abondement.
Classement thématique	Etablissements de santé – Personnel
Textes de référence	- Article 112 de la loi du n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 ; - Décret n° 2007-527 du 5 avril 2007.

Rediffusion locale	La diffusion sera assurée auprès des directions des affaires médicales des CHU.
Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP du 1er avril 2022 – N° 35	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

Depuis le 1er janvier 2007, les personnels hospitalo-universitaires titulaires (HU) mentionnés à l'article L. 952-21 du code de l'éducation peuvent bénéficier d'un abondement de leurs plans d'épargne retraite par leur employeur à due concurrence de leurs participations dans ces plans d'épargne-retraite.

Ce dispositif, prévu par l'article 112 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 et mis en application par le décret n° 2007-527 du 5 avril 2007, permet aux personnels hospitalo-universitaires de se constituer des droits à la retraite sur la part hospitalière de leur rémunération en complément des droits qu'ils acquièrent par leurs cotisations au service des retraites de l'Etat (SRE) sur la part universitaire de leur activité et dans le régime de retraite additionnelle de la fonction publique (RAFP).

Déjà revalorisé en 2013, le plafond maximal de l'abondement par l'employeur a de nouveau été augmenté par le décret n° 2021-1893 du 30 décembre 2021 qui a fait porter ce plafond à 12 % des émoluments hospitaliers. Cette note d'information vient préciser les modalités d'application de ce dispositif suite à cette récente évolution décidée dans le cadre des mesures spécifiques aux personnels hospitalo-universitaires à la suite du Ségur de la santé (cf. mesure 12 du document de synthèse issu du groupe de travail MSS/MESRI sur l'attractivité des carrières hospitalo-universitaires).

I) Fonctionnement du dispositif

1) Constitution des droits à l'abondement

Le dispositif d'abondement des plans d'épargne-retraite des personnels HU titulaires (PU-PH et MCU-PH) leur permet de générer des droits à un abondement de leur CHU employeur en alimentant des contrats d'épargne-retraite. Pour chaque euro versé dans ces contrats, le personnel HU est éligible à un abondement de 1€ de son employeur dans la limite d'un plafond fixé par décret.

Les droits à l'abondement sont générés par année civile et sont appréciés par l'employeur après la fin de cette dernière. Les droits à l'abondement d'une année civile *n* sont traités par l'employeur en année *n+1*. Le relèvement du plafond maximal de la participation employeur prévu par le décret n° 2021-1893 s'appliquera donc sur les droits générés à partir du 1er janvier 2022. Le paiement des participations revalorisées sera effectif à partir de 2023.
Le paiement des droits générés en année civile *n* relève de l'employeur dit « principal » au cours de cette année *n* comme détaillé au 2) du III de la présente note d'information.

2) Taux et assiette de l'abondement

L'abondement est soumis, pour les droits générés à partir du 1er janvier 2022, à une participation minimale de 500 € dans le contrat d'épargne-retraite et ne peut pas dépasser un plafond maximal de 12 % des émoluments bruts hospitaliers des personnels HU.

L'assiette de la participation de l'employeur étant les émoluments bruts hospitaliers, elle n'intègre pas les primes et indemnités.

3) Contrats éligibles

La rédaction de l'article 112 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 instaure une limitation sur les modalités techniques et non juridiques des contrats d'épargne-retraite éligibles. Si toutes les formes juridiques de contrats d'épargne-retraite sont en principe éligibles (PERP, PER…), seuls les contrats dits « à points » peuvent actuellement être abondés.

Si l'ouverture par les organismes de certains type de contrats d'épargne-retraite n'est plus possible depuis le 1er octobre 2020 (contrats PERP par exemple), les contrats qui avaient été déjà ouverts restent éligibles à l'abondement par l'employeur.

Pour les personnels qui voudraient ouvrir de nouveaux contrats d'épargne-retraite, ils peuvent avoir recours à la forme nouvelle des contrats PER tant qu'ils respectent la condition technique des contrats à points.

II) Procédure d'envoi et de traitement des demandes

1) Communication et recevabilité des demandes d'abondement

Les droits générés pour l'année civile *n* par la participation d'un personnel HU à un contrat d'épargne-retraite ne s'appréciant définitivement qu'à la fin de cette année civile quelle que soit la date de conclusion de ces contrats, ces personnels communiquent leurs demandes d'abondement à leur CHU employeur au plus tôt en année *n+1*.

Le demandeur transmet une attestation de son organisme assureur qui doit détailler le niveau des participations qui ont été versées au cours de l'année ainsi que la période de versement concernée. Cette attestation inclut les informations permettant l'identification du bénéficiaire de l'abondement ainsi que celles de son organisme assureur.

Afin de faciliter le traitement des demandes d'abondement des personnels HU par leur établissement, les employeurs sont incités à organiser des campagnes de transmission des demandes d'abondement auprès de leurs praticiens HU. Ils les informent des dates de ces campagnes de transmission des demandes d'abondement. Les personnels HU ont néanmoins la possibilité d'envoyer leur demande d'abondement en dehors de ces campagnes, aucune limite à ce sujet n'étant prévue par le décret.

Pour les droits générés sur une année *n*, les praticiens HU peuvent adresser une demande d'abonnement jusqu'à la fin de l'année civile *n+3*. Toute demande d'abondement formulée au-delà de l'année civile *n+3* est considérée comme irrecevable, le praticien étant considéré comme ayant renoncé à l'abondement, le recours à ce dispositif étant facultatif.

2) Traitement des demandes par le CHU

A la réception des demandes d'abondement, les établissements analysent la recevabilité des demandes d'abondement. L'attention des établissements est à cibler particulièrement sur le respect du critère minimal de participation de 500€, du plafond maximal global de 12 % des émoluments hospitaliers et de la conformité avec le critère technique du contrat à points.

Les établissements effectuent le versement de la participation employeur dans les contrats directement auprès des organismes assureurs. Similairement avec la recommandation relative à l'organisation de campagnes de réception des demandes des personnels HU, les établissements sont incités à mettre en place des campagnes de traitement des demandes d'abondement reçues.

En accord avec l'article 2 du décret de 2007, le versement de la participation de l'employeur se fait dans un délai maximal de 3 mois après réception de l'attestation communiquée par le praticien dans le cadre de sa demande d'abondement.

3) Demandes d'abondement multiples

Les personnels peuvent adresser à leur employeur jusqu'à trois demandes d'abondement tant que chacune d'entre elles respectent la condition minimale du seuil minimal de participation de 500€. Ces demandes doivent être transmises de manière simultanée.

Pour l'application du plafond de 12 % des émoluments hospitaliers bruts à une demande d'abondement multiple, c'est la somme des abondements demandés qui est retenue. En cas de demandes dépassant ce plafond maximal, l'établissement se rapproche du praticien demandeur pour définir avec lui les contrats à privilégier pour le versement de la participation.

En application de cette possibilité d'abondements multiples, un praticien qui cesserait d'abonder un contrat en cours d'année pour le remplacer par un nouveau contrat peut donc adresser une demande d'abondement de l'employeur sollicitant une participation sur le contrat qu'il a abondé sur la première partie de l'année et une autre sur le nouveau contrat d'épargne-retraite qu'il a ouvert.

III) Détermination de l'établissement responsable de l'abondement

1) Responsabilité de l'établissement « principal » pour le paiement de l'abondement

Dans le cas où un praticien HU exercerait son activité hospitalière de manière partagée auprès de plusieurs CHU employeurs, la responsabilité du paiement de l'abondement des plans d'épargne-retraite échoit à l'établissement auprès duquel le praticien exerce principalement ses fonctions hospitalières comme détaillé au dernier alinéa de l'article 2 du décret de 2007.

Pour la détermination de l'établissement « principal » auprès duquel le praticien HU exerce, on retient le CHU auprès duquel le praticien HU est affecté.

2) Cas des personnels changeant d'employeurs par voie de mutation, détachés ou mis à disposition

Pour un praticien qui changerait de CHU et d'affectation hospitalière en cours d'année, pour la détermination de l'employeur principal, c'est l'établissement auprès duquel le praticien a la quotité de temps la plus élevée au cours de l'année civile qui a la charge du paiement des participations employeurs.

Dans le cas d'un praticien HU mis à disposition, la responsabilité de l'abondement continue de relever du CHU, établissement d'origine. Les établissements d'origine sont incités, dans ce cadre, à prévoir avec la structure d'accueil la compensation du paiement des participations employeurs aux plans d'épargne-retraite du praticien mis à disposition.

Pour le ministre et par délégation :
La cheffe de service de la direction générale
de l'offre de soins,

Cécile LAMBERT

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

NOTE D'INFORMATION N° DGOS/RH3/2022/87 du 29 mars 2022 relative à la mise en place de dispositifs de conciliation locale dans les établissements de la fonction publique hospitalière

Le ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SSAH2210105N (numéro interne : 2022/87)
Date de signature	29/03/2022
Emetteurs	Ministère des solidarités et de la santé Direction générale de l'offre de soins
Objet	Mise en place de dispositifs de conciliation locale dans les établissements de la fonction publique hospitalière.
Contacts utiles	Sous-direction des ressources humaines du système de santé Bureau de l'organisation des politiques sociales et du développement des ressources humaines (RH3) Personnes chargées du dossier : Nathalie FOUQUET Tél. : 01 40 56 75 19 Mél. : nathalie.fouquet@sante.gouv.fr Hélène TIRIAU Tél. : 01 40 56 4769 Mél. : helene.tiriau@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexe	6 pages
Résumé	L'objet de la présente note d'information est de fixer des recommandations aux établissements pour la mise en place des dispositifs de conciliation locale. Elle précise ainsi les structures qui pourront être mises en place, la qualité des personnels qui pourront assurer cette mission et leur formation.
Mention Outre-mer	Cette note d'information s'applique sans spécificités aux collectivités d'Outre-mer.
Mots-clés	Conciliation ; médiation ; établissements de la fonction publique hospitalière ; signalement ; commission de vie hospitalière ; commission médicale d'établissement ; comité technique d'établissement ; comité social d'établissement ; groupement hospitalier de territoire ; formation.

Classement thématique	Etablissements de santé – personnel
Textes de référence	- Code de l'éducation, notamment son article L 952-21 ; - Code de la santé publique, notamment ses articles L. 6152-1et R. 6156-80 ; - Code général de la fonction publique ; - Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification ; - Décret n° 2019-897 du 28 août 2019 instituant un médiateur national et des médiateurs régionaux ou interrégionaux pour les personnels des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux.
Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP du 1er avril 2022 - N° 34	
Rediffusion locale	Etablissements sanitaires
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

Le décret n° 2019-897 du 28 août 2019 instituant un médiateur national et des médiateurs régionaux ou interrégionaux pour les personnels des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux prévoit la mise en place de médiateurs régionaux et interrégionaux pour la résolution de conflits interpersonnels et soumet la possibilité de saisir la médiation régionale en cas de tentative infructueuse de résolution des différends dans le cadre du dispositif de conciliation locale. Dès lors, les établissements de la fonction publique hospitalière ne peuvent saisir le médiateur régional ou interrégional que s'ils ont mis en place un dispositif de conciliation locale et que celui-ci n'a pas permis de résoudre le différend.

Conformément aux dispositions de son article 2, la médiation pour les personnels des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux s'applique à tout différend entre professionnels, opposant soit un agent à sa hiérarchie, soit des personnels entre eux dans le cadre de leurs relations professionnelles dès lors qu'ils sont employés par le même établissement, au sein d'une direction commune ou d'un même groupement hospitalier de territoire et que ce différend porte une atteinte grave au fonctionnement normal du service.

Sont exclus du champ de la médiation les conflits sociaux, les différends relevant des instances représentatives du personnel ou faisant l'objet d'une saisine du Défenseur des droits ou d'une procédure disciplinaire et les différends relatifs à des décisions prises après avis d'un conseil médical.

En outre, la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification prévoit notamment l'obligation, pour la gouvernance des établissements publics de santé, de mettre en place des mesures de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits pour pouvoir être certifiés.

Une mission a été confiée par la Direction générale de l'offre de soins, en lien avec la Direction générale de la cohésion sociale, le Centre national de gestion et la Médiation nationale au Docteur Jacques TRÉVIDIC, consistant à réaliser un état des lieux à travers une enquête nationale et des auditions de structures locales de conciliation déjà opérationnelles dans certains établissements, puis à accompagner le déploiement de dispositifs de conciliation locale au sein des établissements publics.

La présente note d'information a pour objet, sur la base de l'état des lieux ainsi réalisé, de fixer des recommandations pour l'organisation et la mise en place du dispositif de conciliation locale, qu'il s'agisse du système de signalement, de la structure pouvant être mise en place, des conditions à remplir par les personnes qui assureront la mission de conciliation, de la formation des acteurs à la conciliation. Chaque établissement a toute latitude pour instaurer, en concertation avec ses instances locales, le dispositif le plus adapté à son contexte propre, dans le respect de la réglementation.

1. Conditions à remplir par les personnes qui assureront la mission de conciliation locale

Pour bien comprendre les enjeux et les régles, il est important de bien distinguer la médiation et la concilliation qui sont deux modes de résolution amiable des conflits.

La médiation est un processus structuré par lequel deux ou plusieurs parties tentent par elles-mêmes, volontairement, de parvenir à un accord, en dehors de toute procédure juridictionnelle, en cas de différend opposant deux parties. L'intervention du médiateur, tiers neutre formé, facilite la circulation d'informations et permet d'éclaircir ou de rétablir des relations et d'accompagner les parties vers une issue favorable au différend. Conformément aux dispositions de l'article 1er du décret du 28 août 2019, Il est soumis à six principes dans son exercice : la confidentilalité, l'indépendance, l'impartialité, la neutralité et l'équité et dispose, comme les parties au conflit, de la liberté.

La conciliation vise, quant à elle, à parvenir à un accord amiable entre deux parties en conflit dont la nature ne nécessite pas un engagement de procédure judiciaire. L'intervention d'un tiers conciliateur consiste à proposer des solutions aux personnes en litige et donc de rechercher un arrangement ou un compromis. Son indépendance est moindre que celle du médiateur puisqu'il peut être un agent du même établissement et donc assujetti à la même hiérarchie. Néanmoins, le tiers conciliateur devra être assuré qu'il ne lui sera pas fait griefs des actes qu'il aura accomplis ou des propos qu'il aura tenus à l'occasion de cette mission de conciliation.

Même si le processus de conciliation est soumis à moins d'exigences que la médiation, il apparaît essentiel de l'inscrire dans un certain formalisme pour garantir une prise en charge rapide et assurer la traçabilité, l'évaluation et le suivi des situations signalées.

Pour conforter un tel dispositif et développer des actions de sensibilisation, vous pouvez solliciter le conseil et l'appui des médiateurs régionaux/interrégionaux de votre ressort spécialisés dans le champ des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux publics, les deux dispositifs ayant vocation à s'articuler de manière fluide et efficace.

Par ailleurs, pour assurer la fonction de conciliation, une formation est fortement recommandée, telle qu'elle est détaillée en partie 5 de la présente note d'information.

2. Système de signalement

Il convient d'organiser, au sein des établissements, une procédure de recueil des signalements des conflits interpersonnels, tels que définis en début de note, en lien avec les instances locales, l'encadrement et la médecine du travail. Il est essentiel que les agents puissent facilement accéder au dispositif et que le recueil d'informations soit simple.

Il ne peut de fait être anonyme, l'agent pouvant être contacté, mais le respect de la confidentialité du signalement doit être absolu dans le processus envisagé.

Une équipe pourrait être spécialement formée au traitement de ces déclarations.

L'enquête diligentée à l'initative de la gouvernance institutionnelle devra déterminer la nature des faits rapportés, leur véracité et les suites qu'il convient d'y donner. Des éléments complémentaires pourront être apportés par l'agent dans ce cadre.

Pour chaque cas de conflit interpersonnel avéré, il faudra déterminer si une action de conciliation locale est possible et opportune et, en cas de tentative infructueuse, si le recours à la médiation régionale/interrégionale, est envisagée.

3. Structuration du dispositif de conciliation locale et articulation avec l'action de conciliation de la commission régionale paritaire et la mission de la médiation régionale/interrérgionale

Il est important que le dispositif de conciliation des conflits interpersonnels mis en place soit pérenne.

Dans cet objectif, les établissements pourront par exemple mettre en place une instance ou commission structurée en fonction de leur propre organisation interne, arrêtée dans son règlement intérieur et ayant vocation à s'intégrer dans le volet du projet d'établissement dédié aux thématiques de qualité de vie au travail (QVT) et de prévention des risques psycho-sociaux (RPS)[1].

L'instance ou commission pourra par exemple être structurée en un ou deux groupes ou commissions avec des représentants issus ou proposés par les instances locales, commission médicale d'établissement (CME) pour les personnels médicaux[2] et comité social d'établissement (CSE) pour les personnels non-médicaux.

Cette instance ou commission aura pour mission de traiter les signalements. Elle mobilisera des agents formés à la conciliation, qui auront pour tâche de proposer des solutions et/ou une conciliation.

S'agissant du rythme de réunion de l'instance/commission, celui-ci sera également fonction du contexte local. Aussi, dans le cas où l'instance ou commission est structurée en deux sous-commissions, il est recommandé qu'elle se réunisse au moins trois fois par an, une des réunions étant commune aux personnels médicaux et aux personnels non-médicaux.

Chaque instance ou commission pourra utilement se doter d'un bureau, pouvant être composé de quatre à six personnes spécialement formées, selon la taille des établissements, pour gérer les signalements, qui décidera des suites à donner.

Par ailleurs, compte tenu de la nature sensible et subjective des situations rencontrées, il faut laisser la possibilité d'intervenir très rapidement de façon informelle sans demander un engagement écrit des parties prenantes au conflit. Parfois, un simple entretien peut apaiser des situations de tension extrême dés l'origine du conflit, afin de ne pas laisser ce dernier s'installer de façon définitive.

En revanche, si la situation s'avère complexe ou ancienne, alors il convient de proposer aux parties en conflit de formaliser l'entretien dans un processus de conciliation par un document écrit, qui engage les protagonistes et les conciliateurs dans un calendrier resserré.

Il est recommandé d'organiser une présentation du rapport annuel d'activité de la structure de conciliation en présence du médiateur régional/interrégional ou d'un de ses représentants.

(1) L'article L. 6143-2-1 du Code de la santé publique issu de la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 (dite Loi Rist) dispose que le projet social d'établissement comporte un volet spécifique relatif à la QVT des personnels médicaux, des personnels non médicaux et des étudiants en santé.

(2) Certaines CME ont créé une commission dite « de vie hospitalière » (CVH) plus spécifiquement chargée de ces sujets.

L'articulation avec la médiation régionale/interrégionale est essentielle, notamment dans les situations suivantes :

- un conflit qui se prolonge au-delà de 6 mois,
- une conciliation qui se poursuit au-delà de 6 mois,
- une conciliation qui n'apporte pas satisfaction à l'une et/ou à l'autre des parties, avec la possibilité qui lui/leur est ouverte réglementairement de saisir la médiation régionale/interrégionale ….

Il est en outre recommandé de s'appuyer sur les commissions régionales paritaires (CRP) pour les confils impliquant des personnels médicaux, celles-ci pouvant « se voir confier, à la demande du Centre national de gestion ou du directeur général de l'agence régionale de santé, une action de conciliation en matière de gestion des praticiens ou de prévention des conflits. » en application de l'article R. 6156-80 du Code de la santé publique.

4. Possibilités d'organisation inter-hospitalière

Il résulte des dispositions de l'article 2 du décret du 28 août 2019, que tous les établissements de la fonction publique hospitalière doivent disposer d'un dispositif de conciliation locale des conflits interpersonnels.

Ce dispositif peut être propre aux établissements, ou partagé avec d'autres, notamment pour les établissements sous direction commune, les établissements membres d'un même groupement hospitalier de territoire, ou simplement avec des établissements proches ou à faibles effectifs. Il sera ainsi possible d'étendre par convention les compétences de l'instance ou de la commission de conciliation mise en place par certains établissements à d'autres structures qui le souhaiteraient.

Il est également préconisé que les Centres hospitaliers universitaires (CHU) organisent leur dispositif de concilitation locale en partenariat avec l'Université et les unités de formation et de recherche de médecine, odontologie et pharmacie dans les cas où les conflits concernent des personnels hospitalo-universitaires.

Par ailleurs, la procédure de signalement des conflit interpersonnels spécifique aux étudiants en santé fera l'objet d'une note d'information conjointe des ministères des solidarités et de la santé et du ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation.

Il est enfin rappelé qu'il existe des procédures de conciliation au niveau des ordres professionnels, avec qui un lien devra être assuré afin de conserver une cohérence d'ensemble entre les dispositifs existants.

5. Formation

La formation des acteurs constitue également un élément essentiel. Qu'il s'agisse d'actions de sensibilisation au profit des étudiants en santé dès leur cursus de formation initiale ou de formations plus approfondies, destinées aux responsables et cadres relevant de l'ensemble des filières professionnelles qui composent les équipes et participent au fonctionnement des services au sein desquels les difficultés du quotidien doivent pouvoir être anticipées, prévenues, reperées et, le cas échéant, gérées.

Un programme est en cours d'élaboration afin de répondre à cette nouvelle mission.

L'objectif de la formation est ainsi entre autres, que l'équipe chargée du traitement des signalements distingue bien les situations notamment de harcèlement moral ou sexuel caractérisé, d'un problème médical de l'agent, ou d'un problème d'organisation du travail, ne relevant pas du dispositif de conciliation et nécessitant un autre type de dispositif vers lequel ces situations pourront être orientées.

Il est indispensable de développer la culture de la relation entre professionnels et du management éclairé, bienveillant et responsable, en développant des dispositifs de conciliation avec des agents volontaires et formés en nombre suffisant, et relayés si besoin par les médiateurs régionaux/interrégionaux, voire nationaux.

C'est un enjeu majeur pour relever le défi de la qualité de vie au travail, de l'attractivité et de la fidélisation des personnels et de la qualité des soins dispensés aux patients et résidents.

Pour le ministre et par délégation :
La cheffe de service de la direction générale
de l'offre de soins,

Cécile LAMBERT

Caisse nationale des allocations familiales

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature

NOR : SSAX2230347S

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration ;

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

Vu la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique et notamment son article 2 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu le décret du 27 octobre 2021 portant nomination de Monsieur Nicolas GRIVEL, en qualité de directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (JO du 28 octobre 2021),

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée à Agnès BASSO-FATTORI, directrice générale déléguée chargée du réseau de la CNAF, pour signer dans le cadre de la gestion de l'établissement public et pour son personnel les pièces suivantes :

d'une part :

- la correspondance courante de sa direction ;
- les demandes d'achats de biens ou de services adressées au Secrétariat général ;
- les validations du service fait ou la réception des biens et services livrés ;
- les ordres de mission du personnel en métropole emportant validation des états de frais du personnel.

d'autre part, dans le cadre du Fonds national de gestion administrative (FNGA) :

- l'ordonnancement des dépenses et recettes et tout autre document y ayant trait, sans limitation de montant ;
- les notifications d'allocations de ressources dans le cadre de la tutelle budgétaire, sans limitation de montant.

Article 2

Délégation est donnée à Agnès BASSO-FATTORI, directrice générale déléguée chargée du réseau, à effet de signer tout ordonnancement ou document entrant dans le champ des compétences du directeur général en cas d'absence ou d'indisponibilité :

- du directeur général ;
- de la secrétaire générale ;
- du directeur général délégué chargé du pilotage stratégique et de la coordination des évaluations ;
- du directeur général délégué chargé des politiques familiales et sociales.

Article 3

La délégation objet de la présente décision est accordée à l'exclusion expresse de toute situation présentant un conflit d'intérêt pour le délégataire.

Article 4

La secrétaire générale et le directeur comptable et financier sont chargés, chacun pour ce qui les concerne, de l'exécution de la présente décision.

Article 5

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité ainsi qu'au Recueil des actes administratifs de la préfecture de Paris ainsi que sur le site internet www.caf.fr.

Fait le 31 mars 2022.

Le directeur général,
Nicolas GRIVEL

Caisse nationale des allocations familiales

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature

NOR : SSAX2230348S

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration ;

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

Vu la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique et notamment son article 2 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu le décret du 27 octobre 2021 portant nomination de Monsieur Nicolas GRIVEL, en qualité de directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (JO du 28 octobre 2021),

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée aux analystes budgétaires du pôle budget au sein du Secrétariat général de la CNAF, visés en annexe à la présente décision pour signer dans le cadre de la gestion de l'établissement public :

- Les virements de crédits budgétaires non soumis au conseil d'administration, dans la limite de 13 500 euros ;
- Réaliser les approbations budgétaires dans l'outil de gestion achat de l'établissement public.

Article 2

La délégation objet de la présente décision est accordée à l'exclusion expresse de toute situation présentant un conflit d'intérêt pour le délégataire.

Article 3

La secrétaire générale et le directeur comptable et financier sont chargés chacun pour ce qui les concerne de l'exécution de la présente décision.

Article 4

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité ainsi qu'au Recueil des actes administratifs de la préfecture de Paris ainsi que sur le site internet www.caf.fr.

Fait le 31 mars 2022.

Le directeur général,
Nicolas GRIVEL

Annexe

Nom	Prénom	Direction	Fonction
CAILLIER	Christèle	Secrétariat général	Analyste budgétaire
LE BERRE	Mari-Elen	Secrétariat général	Analyste budgétaire
GUILLEM	Betsy	Secrétariat général	Analyste budgétaire

Caisse nationale des allocations familiales

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature

NOR : SSAX2230349S

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

Vu le code du travail et notamment ses articles L. 2311-1 et suivants et L. 2313-7 ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration ;

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

Vu la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique et notamment son article 2 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu le décret du 27 octobre 2021 portant nomination de Monsieur Nicolas GRIVEL, en qualité de directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (JO du 28 octobre 2021),

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée à Annie NICOLAS, responsable du site de Bordeaux à la présente décision pour signer dans le cadre de la gestion de l'établissement public et pour son personnel :

- la correspondance courante du site ;
- les validations de service fait, les attestations de réception de travaux, de fournitures et de service fait dont le montant est inférieur à 130 000 € ;
- les contrats de travail à durée indéterminée ou à durée déterminée à l'exception de ceux concernant les agents de direction ;
- pour son site, et pour les autres sites en cas d'absence de leur responsable de site : les ordres de mission du personnel en métropole, emportant validation des états de frais du personnel, les astreintes, les congés, les heures supplémentaires, les demandes de remboursement de frais de déplacement de personnel en France métropolitaine, les primes de poste dont le montant est inférieur à 45 000 € H.T ; l'enregistrement des heures correspondantes aux mandats de représentation du personnel, les bordereaux d'état de charges sociales, l'ordonnancement des dépenses relatives aux cotisations sociales versées par l'établissement public, l'ordonnancement des dépenses et recettes de personnel, dont le montant est inférieur à 90 000 € H.T ;

- les demandes d'achats de biens ou de services relatives au fonctionnement de leur site ;
- la gestion du traitement des informations statistiques et des déclarations obligatoires ;
- les formulaires de remise et de restitution de matériels informatiques ou téléphoniques ;
- les bons de livraisons.

Article 2

De déléguer une partie de ses pouvoirs à Annie NICOLAS, pour, dans le cadre de ses fonctions et pour son site, représenter le directeur général de façon permanente en qualité de président du Comité social et économique (CSE) dans les relations sociales avec les représentants de proximité.

Dans le cadre de cette délégation permanente de pouvoir de représentation et compte tenu de ses compétences professionnelles Annie NICOLAS sera investie de l'intégralité des pouvoirs normalement dévolus au directeur général de la CNAF dans ses relations avec le CSE et les représentants de proximité du site conformément aux dispositions du code du travail.

Pour l'accomplissement de ses missions, Annie NICOLAS disposera de tous les moyens matériels, techniques et financiers nécessaires.

Annie NICOLAS pourra engager les dépenses utiles à la bonne exécution de la présente délégation dans la limite de 39 000 € HT.

La présente délégation ne peut faire l'objet d'aucune subdélégation.

Article 3

La délégataire accepte la délégation qui lui est confiée en toute connaissance de cause, en connaît et en accepte les conséquences. La présente délégation est consentie pour une durée indéterminée et pourra être révoquée à tout moment.

Article 4

La délégation objet de la présente décision est accordée à l'exclusion expresse de toute situation présentant un conflit d'intérêt pour le délégataire.

Article 5

La secrétaire générale et le directeur comptable et financier sont chargés, chacun pour ce qui les concerne, de l'exécution de la présente décision.

Article 6

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité ainsi qu'au Recueil des actes administratifs de la préfecture de Paris ainsi que sur le site internet www.caf.fr.

Fait le 31 mars 2022.

Le directeur général,
Nicolas GRIVEL

Caisse nationale des allocations familiales

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature

NOR : SSAX2230350S

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration ;

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

Vu la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique et notamment son article 2 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu le décret du 27 octobre 2021 portant nomination de Monsieur Nicolas GRIVEL, en qualité de directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (JO du 28 octobre 2021),

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée à Antoine ROUCHY, responsable du Pôle budget au sein du Secrétariat général, pour, dans le cadre de la gestion de l'établissement public et pour son personnel les pièces suivantes :

- Signer la correspondance courante de son pôle ;
- Signer les validations du service fait ou la réception des biens et services livrés ;
- Signer les ordres de mission du personnel en métropole emportant validation des états de frais du personnel :
- Signer les virements de crédits budgétaires non soumis au conseil d'administration, dans la limite de 130.000 euros
- Réaliser les approbations budgétaires dans les outils de gestion achat/budget de l'établissement public.

Article 2

La délégation objet de la présente décision est accordée à l'exclusion expresse de toute situation présentant un conflit d'intérêt pour le délégataire.

Article 3

La secrétaire générale et le directeur comptable et financier sont chargés chacun pour ce qui les concerne de l'exécution de la présente décision.

Article 4

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité ainsi qu'au Recueil des actes administratifs de la préfecture de Paris ainsi que sur le site internet www.caf.fr.

Fait le 31 mars 2022.

Le directeur général,
Nicolas GRIVEL

Caisse nationale des allocations familiales

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature

NOR : SSAX2230351S

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

Vu le code du travail et notamment ses articles L. 2311-1 et suivants et L. 2313-7 ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration ;

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

Vu la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique et notamment son article 2 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu le décret du 27 octobre 2021 portant nomination de Monsieur Nicolas GRIVEL, en qualité de directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (JO du 28 octobre 2021),

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée à Arnaud GANDON, responsable des sites de Dijon et de Lyon à la présente décision pour signer dans le cadre de la gestion de l'établissement public et pour son personnel :

- la correspondance courante du site ;
- les validations de service fait, les attestations de réception de travaux, de fournitures et de service fait dont le montant est inférieur à 130 000 € ;
- les contrats de travail à durée indéterminée ou à durée déterminée à l'exception de ceux concernant les agents de direction ;
- pour son site, et pour les autres sites en cas d'absence de leur responsable de site : les ordres de mission du personnel en métropole, emportant validation des états de frais du personnel, les astreintes, les congés, les heures supplémentaires, les demandes de remboursement de frais de déplacement de personnel en France métropolitaine, les primes de poste dont le montant est inférieur à 45 000 € H.T ; l'enregistrement des heures correspondantes aux mandats de représentation du personnel, les bordereaux d'état de charges sociales, l'ordonnancement des dépenses relatives aux cotisations sociales versées par l'établissement public, l'ordonnancement des dépenses et recettes de personnel, dont le montant est inférieur à 90 000 € H.T ;

- les demandes d'achats de biens ou de services relatives au fonctionnement de leur site ;
- la gestion du traitement des informations statistiques et des déclarations obligatoires ;
- les formulaires de remise et de restitution de matériels informatiques ou téléphoniques ;
- les bons de livraisons.

Article 2

De déléguer une partie de ses pouvoirs à Arnaud GANDON, pour, dans le cadre de ses fonctions et pour ses sites, représenter le directeur général de façon permanente en qualité de président du Comité social et économique (CSE) dans les relations sociales avec les représentants de proximité.

Dans le cadre de cette délégation permanente de pouvoir de représentation et compte tenu de ses compétences professionnelles Arnaud GANDON sera investi de l'intégralité des pouvoirs normalement dévolus au directeur général de la CNAF dans ses relations avec le CSE et les représentants de proximité du site conformément aux dispositions du code du travail.

Pour l'accomplissement de ses missions, Arnaud GANDON disposera de tous les moyens matériels, techniques et financiers nécessaires.

Arnaud GANDON pourra engager les dépenses utiles à la bonne exécution de la présente délégation dans la limite de 39 000 € H.T.

La présente délégation ne peut faire l'objet d'aucune subdélégation.

Article 3

Le délégataire accepte la délégation qui lui est confiée en toute connaissance de cause, en connaît et en accepte les conséquences. La présente délégation est consentie pour une durée indéterminée et pourra être révoquée à tout moment.

Article 4

La délégation objet de la présente décision est accordée à l'exclusion expresse de toute situation présentant un conflit d'intérêt pour le délégataire.

Article 5

La secrétaire générale et le directeur comptable et financier sont chargés, chacun pour ce qui les concerne, de l'exécution de la présente décision.

Article 6

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité ainsi qu'au Recueil des actes administratifs de la préfecture de Paris ainsi que sur le site internet www.caf.fr.

Fait le 31 mars 2022.

Le directeur général,
Nicolas GRIVEL

Caisse nationale des allocations familiales

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature

NOR : SSAX2230352S

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration ;

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

Vu la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique et notamment son article 2 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu le décret du 27 octobre 2021 portant nomination de Monsieur Nicolas GRIVEL, en qualité de directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (JO du 28 octobre 2021),

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée à Arnaud ROZAN, directeur général délégué chargé du pilotage stratégique et de la coordination des évaluations de la CNAF, pour signer dans le cadre de la gestion de l'établissement public et pour son personnel les pièces suivantes :

- la correspondance courante de sa direction ;
- les demandes d'achats de biens ou de services adressées au Secrétariat général ;
- les validations du service fait ou la réception des biens et services livrés ;
- les ordres de mission du personnel en métropole emportant validation des états de frais du personnel.

Article 2

Délégation est donnée à Arnaud ROZAN, directeur général délégué chargé du pilotage stratégique et de la coordination des évaluations, à effet de signer tout ordonnancement ou document entrant dans le champ des compétences du directeur général en cas d'absence ou d'indisponibilité :

- du directeur général ;
- de la secrétaire générale.

Article 3

La délégation objet de la présente décision est accordée à l'exclusion expresse de toute situation présentant un conflit d'intérêt pour le délégataire.

Article 4

La secrétaire générale et le directeur comptable et financier sont chargés, chacun pour ce qui les concerne, de l'exécution de la présente décision.

Article 5

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité ainsi qu'au Recueil des actes administratifs de la préfecture de Paris ainsi que sur le site internet www.caf.fr.

Fait le 31 mars 2022.

Le directeur général,
Nicolas GRIVEL

Caisse nationale des allocations familiales

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature

NOR : SSAX2230353S

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

Vu le code du travail ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration ;

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

Vu la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique et notamment son article 2 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu le décret du 27 octobre 2021 portant nomination de Monsieur Nicolas GRIVEL, en qualité de directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (JO du 28 octobre 2021),

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée à Béatrice BARDIN, secrétaire générale adjointe et directrice des ressources humaines, à la présente décision pour signer dans le cadre de la gestion de l'établissement public et pour son personnel :

- la correspondance courante du Secrétariat général ;
- les ordres de mission du personnel en métropole emportant validation des états de frais du personnel ;
- les virements de crédits budgétaires non soumis au conseil d'administration sans limitation de montant ;
- les formulaires de remise et de restitution de matériels hors informatique et hors téléphonie ;
- les bons de livraison ;
- l'attestation de réception de travaux, de fournitures, de biens et de services fait sans limitation de montant ;
- toutes conventions de détachement ou de mise à disposition, les contrats de travail à durée indéterminée ou à durée déterminée à l'exception de ceux concernant les agents de direction ;
- les accords d'entreprise avec les représentants du personnel ;
- la décision d'engager toutes procédures disciplinaires, ainsi que tous documents relatifs aux sanctions disciplinaires afférentes.

Article 2

En l'absence de la secrétaire générale, délégation supplémentaire est donnée à Béatrice BARDIN pour signer les ordres de mission du personnel de la CNAF hors métropole emportant validation des états de frais du personnel.

En l'absence de la secrétaire générale et du directeur des achats et des affaires juridiques, délégation supplémentaire est donnée pour :

- signer tous actes et décisions relevant du pouvoir adjudicateur, dans le cadre de la réglementation de la commande publique sans limitation de montant ;
- les engagements de dépense (créations, modifications et annulations), les commandes d'investissement et de fonctionnement de toute nature et sans limitation de montant ;
- la commande de tous achats d'investissements et de fonctionnement et de toutes natures.

En l'absence de la secrétaire générale et du directeur des achats et des affaires juridiques, mandat est donné en ce qui concerne les actes de procédure devant être accomplis conformément aux dispositions du code de procédure pénale, notamment la signature des plaintes.

Article 3

La délégataire accepte la délégation qui lui est confiée en toute connaissance de cause et en accepte les conséquences. La présente délégation est consentie pour une durée indéterminée et pourra être révoquée à tout moment.

Article 4

La délégation objet de la présente décision est accordée à l'exclusion expresse de toute situation présentant un conflit d'intérêt pour le délégataire.

Article 5

La secrétaire générale et le directeur comptable et financier sont chargés, chacun pour ce qui les concerne, de l'exécution de la présente décision.

Article 6

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité ainsi qu'au Recueil des actes administratifs de la préfecture de Paris ainsi que sur le site internet www.caf.fr.

Fait le 31 mars 2022.

Le directeur général,
Nicolas GRIVEL

Caisse nationale des allocations familiales

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature

NOR : SSAX2230354S

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration ;

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

Vu la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique et notamment son article 2 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu le décret du 27 octobre 2021 portant nomination de Monsieur Nicolas GRIVEL, en qualité de directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (JO du 28 octobre 2021),

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée à Bertrand DEUMIÉ, directeur de l'audit général de la CNAF, pour signer dans le cadre de la gestion de l'établissement public et pour son personnel les pièces suivantes :

- la correspondance courante de sa direction ;
- les demandes d'achats de biens ou de services adressées au Secrétariat général ;
- les validations du service fait ou la réception des biens et services livrés ;
- les ordres de mission du personnel en métropole emportant validation des états de frais du personnel.

Article 2

La délégation objet de la présente décision est accordée à l'exclusion expresse de toute situation présentant un conflit d'intérêt pour le délégataire.

Article 3

La secrétaire générale et le directeur comptable et financier sont chargés, chacun pour ce qui les concerne, de l'exécution de la présente décision.

Article 4

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité ainsi qu'au Recueil des actes administratifs de la préfecture de Paris ainsi que sur le site internet www.caf.fr.

Fait le 31 mars 2022.

Le directeur général,
Nicolas GRIVEL

Caisse nationale des allocations familiales

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature

NOR : SSAX2230355S

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

Vu le code du travail ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration ;

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

Vu la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique et notamment son article 2 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu le décret du 27 octobre 2021 portant nomination de Monsieur Nicolas GRIVEL, en qualité de directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (JO du 28 octobre 2021),

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée à Christelle PATELOUX, directrice du département de l'optimisation et des moyens, à la présente décision pour signer dans le cadre de la gestion de l'établissement public et pour son personnel :

- la correspondance courante de son département ;
- les ordres de mission du personnel emportant validation des états de frais du personnel ;
- les virements de crédits budgétaires non soumis au conseil d'administration ;
- les formulaires de remise et de restitution de matériels hors informatique et hors téléphonie ;
- les bons de livraison ;
- l'attestation de réception de travaux, de fournitures, de biens et de services fait sans limitation de montant.

Article 2

En l'absence de la secrétaire générale et de la secrétaire générale adjointe, délégation supplémentaire est donnée pour :

- signer la correspondance courante du Secrétariat général ;
- signer les contrats de travail à durée indéterminée ou à durée déterminée à l'exception de ceux concernant les agents de direction ;
- signer les actes relevant de l'ordonnancement relatifs aux dépenses de personnel (paie, charges sociales, etc…) sans limitation de montant ;
- signer des ordres de mission du personnel de la CNAF hors métropole emportant validation des états de frais du personnel.

En l'absence de la secrétaire générale, du directeur des achats et des affaires juridiques, et de la secrétaire générale adjointe, délégation supplémentaire est donnée pour :

- signer tous actes et décisions relevant du pouvoir adjudicateur, dans le cadre de la réglementation de la commande publique sans limitation de montant ;
- les engagements de dépense (créations, modifications et annulations), les commandes d'investissement et de fonctionnement de toutes natures et sans limitation de montant ;
- les actes relevant de l'ordonnancement relatifs aux dépenses d'investissement ou de fonctionnement de toutes natures, recettes, paiements, reversements (créations, modifications, annulations) et aux dépenses de personnel (paie, charges sociales, etc…) sans limitation de montant.

Article 3

La délégataire accepte la délégation qui lui est confiée en toute connaissance de cause et en accepte les conséquences. La présente délégation est consentie pour une durée indéterminée et pourra être révoquée à tout moment.

Article 4

La délégation objet de la présente décision est accordée à l'exclusion expresse de toute situation présentant un conflit d'intérêt pour le délégataire.

Article 5

La secrétaire générale et le directeur comptable et financier sont chargés, chacun pour ce qui les concerne, de l'exécution de la présente décision.

Article 6

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité ainsi qu'au Recueil des actes administratifs de la préfecture de Paris ainsi que sur le site internet www.caf.fr.

Fait le 31 mars 2022.

Le directeur général,
Nicolas GRIVEL

Caisse nationale des allocations familiales

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature

NOR : SSAX2230356S

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration ;

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

Vu la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique et notamment son article 2 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu le décret du 27 octobre 2021 portant nomination de Monsieur Nicolas GRIVEL, en qualité de directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (JO du 28 octobre 2021),

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée aux agents visés en annexe à la présente décision pour signer dans le cadre de la gestion de l'établissement public :

- l'attestation de la réception de travaux, de fournitures, et de service fait dont le montant est inférieur à 11 250 € HT ;
- les formulaires de remise et de restitution de matériels hors informatique et hors téléphonie ;
- les bons de livraison.

Article 2

La délégation objet de la présente décision est accordée à l'exclusion expresse de toute situation présentant un conflit d'intérêt pour les délégataires.

Article 3

La secrétaire générale et le directeur comptable et financier sont chargés, chacun pour ce qui les concerne, de l'exécution de la présente décision.

Article 4

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité ainsi qu'au Recueil des actes administratifs de la préfecture de Paris ainsi que sur le site internet www.caf.fr.

Fait le 31 mars 2022.

Le directeur général,
Nicolas GRIVEL

Annexe

Nom	Prénom	Direction	Fonction
CHANTANT	Rémi	Secrétariat général	Chargé de maintenance et de sécurité
MARÉCHAL	Grégory	Secrétariat général	Technicien logistique et maintenance
DUMOUTIER	Sébastien	Secrétariat général	Chargé de maintenance et de sécurité
ZAWARTKA	Kasimir	Secrétariat général	Chargé de maintenance et de sécurité
WOLFF	Paul	Secrétariat général	Technicien logistique et maintenance
MARZIN	Philippe	Secrétariat général	Technicien logistique et maintenance
VOYANT	Arnaud	Secrétariat général	Chargé de maintenance et de sécurité
DISSOUBRAY	Arnaud	Secrétariat général	Adjoint au responsable de site
BEAUFRÈRE	Nicolas	Secrétariat général	Chargé de maintenance et de sécurité
GRILO	Christophe	Secrétariat général	Chargé de la sécurité et des biens
ALAYA	Bader	Secrétariat général	Technicien logistique polyvalent
BARON	Aurélien	Secrétariat général	Technicien logistique polyvalent
FASQUEL	Jean-Marc	Secrétariat général	Chargé de maintenance et de sécurité
BAUMGARTNER	Philippe	Secrétariat général	Chargé de maintenance et de sécurité
DARRICARRERE	Philippe	Secrétariat général	Chargé de maintenance et de sécurité
LAFORGE	Guillaume	Secrétariat général	Chargé du Plan de continuité de l’activité

Caisse nationale des allocations familiales

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature

NOR : SSAX2230357S

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

Vu le code du travail et notamment ses articles L. 2311-1 et suivants ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration ;

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

Vu la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique et notamment son article 2 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu le décret du 27 octobre 2021 portant nomination de Monsieur Nicolas GRIVEL, en qualité de directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (JO du 28 octobre 2021),

Décide :

Article 1er

Délègue une partie de ses pouvoirs à Juliette NOËL, secrétaire générale de la CNAF, pour dans le cadre de ses fonctions, représenter le directeur général en qualité de président du Comité social et économique et de ses commissions.

Dans le cadre de cette délégation permanente de pouvoir de représentation et compte tenu de ses compétences professionnelles, ledit agent sera investi de l'intégralité des pouvoirs notamment dévolus au directeur de la CNAF dans ses relations avec le Comité social et économique et ses commissions conformément aux dispositions du code du travail.

Pour l'accomplissement de cette mission, ledit agent disposera de tous les moyens matériels, techniques et financiers nécessaires.

A cet égard, ledit agent pourra engager les dépenses utiles à la bonne exécution de la présente délégation sans limitation de montant.

Article 2

Délègue à titre subsidiaire, en cas d'empêchement de l'agent désigné à l'article 1er de la présente décision, une partie de ses pouvoirs à Béatrice BARDIN, secrétaire générale adjointe, pour, dans le cadre de ses fonctions, représenter le directeur général en qualité de président du Comité social et économique et de ses commissions. Cette délégation s'exerce dans les mêmes conditions que celles définies à l'article 1er de la présente décision.

Article 3

Délègue à titre subsidiaire, en cas d'empêchement des agents désignés aux précédents articles de la présente décision, une partie de ses pouvoirs à Christelle PATELOUX, responsable du département de l'optimisation et des moyens, pour, dans le cadre de ses fonctions, représenter le directeur général en qualité de président du Comité social et économique et de ses commissions. Cette délégation s'exerce dans les mêmes conditions que celles définies à l'article 1er de la présente décision.

Article 4

Délègue à titre subsidiaire, en cas d'empêchement des agents désignés aux précédents articles de la présente décision, une partie de ses pouvoirs à Vincent PRENVEILLE, responsable du département patrimoine sécurité et logistique, pour, dans le cadre de ses fonctions, représenter le directeur général en qualité de président du Comité social et économique et de ses commissions. Cette délégation s'exerce dans les mêmes conditions que celles définies à l'article 1er de la présente décision.

Article 5

Délègue à titre subsidiaire, en cas d'empêchement des agents désignés aux précédents articles de la présente décision, une partie de ses pouvoirs à Stéphane CASSAT, responsable du département des affaires juridiques et de la commande publique, pour, dans le cadre de ses fonctions, représenter le directeur général en qualité de président du Comité social et économique et de ses commissions. Cette délégation s'exerce dans les mêmes conditions que celles définies à l'article 1er de la présente décision.

Article 6

Délègue à titre subsidiaire, en cas d'empêchement des agents désignés aux précédents articles de la présente décision, une partie de ses pouvoirs à Maïté COURTOIS-RIZK responsable du pôle relations sociales et relations du travail, pour, dans le cadre de ses fonctions, représenter le directeur général en qualité de président du Comité social et économique et de ses commissions. Cette délégation s'exerce dans les mêmes conditions que celles définies à l'article 1er de la présente décision.

A cet égard, Maïté COURTOIS-RIZK pourra engager les dépenses utiles à la bonne exécution de la présente délégation dans la limite de 130 000 € HT.

Article 7

Délègue à titre subsidiaire, en cas d'empêchement des agents désignés aux précédents articles de la présente décision, une partie de ses pouvoirs à Etienne MARCHAND, responsable adjoint du département des ressources humaines, pour, dans le cadre de ses fonctions, représenter le directeur général en qualité de président du Comité social et économique et de ses commissions. Cette délégation s'exerce dans les mêmes conditions que celles définies à l'article 1er de la présente décision.

A cet égard, Etienne MARCHAND pourra engager les dépenses utiles à la bonne exécution de la présente délégation dans la limite de 130 000 € HT.

Article 8

Les délégataires acceptent la délégation de pouvoir qui leur est confiée en toute connaissance de cause, en connaissent et en acceptent les conséquences.

Article 9

La présente délégation de représentation est consentie pour une durée indéterminée et pourra être révoquée à tout moment.

Article 10

La délégation objet de la présente décision est accordée à l'exclusion expresse de toute situation présentant un conflit d'intérêt pour les délégataires.

Article 11

La secrétaire générale et le directeur comptable et financier sont chargés, chacun pour ce qui les concerne, de l'exécution de la présente décision.

Article 12

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité ainsi qu'au Recueil des actes administratifs de la préfecture de Paris ainsi que sur le site internet www.caf.fr.

Fait le 31 mars 2022.

Le directeur général,
Nicolas GRIVEL

Caisse nationale des allocations familiales

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature

NOR : SSAX2230358S

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration ;

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

Vu la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique et notamment son article 2 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu le décret du 27 octobre 2021 portant nomination de Monsieur Nicolas GRIVEL, en qualité de directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (JO du 28 octobre 2021),

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée aux agents visés en annexe à la présente décision pour signer dans le cadre de la gestion de l'établissement public et pour son personnel les pièces suivantes :

- la correspondance courante de leur direction, département ou pôle ;
- les demandes d'achats de biens ou de services adressées au Secrétariat général ;
- les validations du service fait ou la réception des biens et services livrés ;
- les ordres de mission du personnel en métropole emportant validation des états de frais du personnel.

Article 2

En l'absence de leur responsable hiérarchique, délégation supplémentaire est donnée pour :

- la correspondance courante de la direction ou du département dont relève leur responsable hiérarchique ;
- les ordres de mission du personnel en métropole pour la direction, le département ou le pôle dont relève leur responsable hiérarchique, emportant validation des états de frais du personnel.

Article 3

La délégation objet de la présente décision est accordée à l'exclusion expresse de toute situation présentant un conflit d'intérêt pour le délégataire.

Article 4

La secrétaire générale et le directeur comptable et financier sont chargés, chacun pour ce qui les concerne, de l'exécution de la présente décision.

Article 5

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité ainsi qu'au Recueil des actes administratifs de la préfecture de Paris ainsi que sur le site internet www.caf.fr.

Fait le 31 mars 2022.

Le directeur général,
Nicolas GRIVEL

Annexe

Nom	Prénom	Direction
ABDOUL-MALIK	MARIE	SG
ACHARD	JEAN-FRANCOIS	DCF
AMALORPAVADAS	MARTIN	DSI-DQT
ARMANDO	SYLVIE	DSI-MAEI
BACKOUCHE	GREGORY	DPFAS
BALDANZA	RENAUD	DSI-DOIT
BARBIER	DENIS	DSI-DPFD
BARBOSA	FILIPE	DSI-DQT
BASTARD	HERVE	DR
BEAUDOUIN	CHRISTOPHE	DR
BEDON	JEAN-MARC	DPFAS
BEN SOUSSAN	JACQUELINE	DSI-DOIT
BERARDIER	MELANIE	DSER
BERGER	BERENICE	DR
BERRA	SEBASTIEN	DSI-DQT
BIJOU	PHILIPPE	DCF
BOSCHER	MATHIEU	DSI-DQT
BOUHALASSA	MESSAOUD	DSI-DOIT
BRAND	MARC	DCF
BRIFFAULT	SIMON	DCF
BROHIER	ISABELLE	DPFAS
BUATHIER	CHRISTOPHE	DSI-DOIT
BUCHET	OLIVIER	DSI-DPFD
BUREL	MARIE-LAURE	DSI-DCISIFS
CANGARDEL	REGINE	DSI-DOIT
CARTIER	JEAN-MICHEL	DSI-DCISIFS
CASADEI	SYLVIE	DSI-DPFD
CECILLON	VERONIQUE	DSI-DNE
CECI-RENAUD	NILA	DSER
CHABRIDON	BRIGITTE	DSI-DPFD
CHALVET	RENAUD	DSI-DQT
CHAMBRON	STEPHANIE	DPFAS
CHANTIN	PATRICIA	DG
CHARRAIRE	FABRICE	DSI-DOIT
CHEVALLIER	ANGE	DES
CHRETIEN	PASCAL	DSI-DPFD
CICHOWICZ	FREDERIC	DSI-DQT
CLUZE	SYLVIE	DR
COLLIER	ANNE-CLAIRE	DSER
COLLOMBET	CATHERINE	MREIC
CORBIN	ADRIEN	DSI-DQT
CORBOBESSE	OLIVIER	MREIC

Nom	Prénom	Direction
COUTON	ALEXANDRA	DR
DANDREIS	PHILIPPE	DSI-DNE
DANNENMULLER	VALERIE	DSI-DPFD
DAUBIGNEY	DAMIEN	DSI-DOIT
DAVAL	MARIETTE	DPFAS
DE CARVALHO CORDOLINA	ISABEL	DCF
DE OLIVEIRA	FABIENNE	DR
DEBIEVE	ISABELLE	DSI-DPFD
DECULTIEUX	MARIE-HELENE	DSI-DNE
DELANOE	ERIC	DCF
DEMILLY	CHRISTOPHE	DR
DESBOIS	STEPHANE	DCF
DESMOULINS	THOMAS	DR
DIANA	SEBASTIEN	DSI-DPFD
DIOP	SEMOU	
DISA	HAJAR	DSI-DQT
DOAL-BERNOLD	ISABELLE	DES
DOLMETTA	STEPHANE	DSI-DOIT
DOMINGO	PAULINE	DPFAS
DONABEDIAN	VAHAGN	DSI-DCISIFS
DONNE	STEPHANE	DSER
DORIGNY	LAURENT	DSI-DQT
DRUESNES	ERIC	DSI-DNE
DUCARME	ERIC	DSI-DOIT
DUCHEMIN	CATHERINE	DPFAS
DUPONT	ARNAUD	DSI-DPFD
ETIENNE	CELINE	DR
EZZEDINE	BEATRICE	DSI-MCIS
FONTEIX	ELISABETH	DSI-MAEI
FOURNIER	SYLVAIN	DSI-DQT
FROEHLY	JEAN-LUC	DSI-DPFD
GARDELLE	LUCIE	DCF
GARRET	JEAN-LUC	DSI-DNE
GASCARD	CLAIRE	DSI-DCISIFS
GENET-LENAY	HELENE	DSI-MPRP
GEORGE	GUILLAUME	DG et DPFAS
GIMBERT	VIRGINIE	DSER
GORIUS	ARNAUD	DSI-MCIS
GOUBEAU	NICOLAS	DSI-DNE
GRENARD	SYLVAIN	DPFAS
GUENVER	STEPHANE	DSI-DQT
GULLY	BERTRAND	DSI-DCISIFS
HAMONIC	PASCAL	DR
HARDY	THOMAS	DSI-DQT

Nom	Prénom	Direction
HARIRI	MEHDI	DICOM
HASCOET	RONAN	DSI-MPRP
HENAULT	LAURIANE	DSI-DOIT
HERVE	PATRICK	DSI-DNE
HESSE	NATHALIE	DSI-DRCPP
HOSATTE	FLORENT	DPFAS
HOSTEAUX	OLIVIER	DSI-DOIT
JACQUEMIN	LAURENT	DSER
JACQUIER	DENIS	DSI-DPFD
JACQUIER	LAURENCE	DSI-DPFD
JAMMES	VALERIE	SG
JARASSE	VERONIQUE	DSI-DIRECTION
JARJOURA	PATRICK	DSI-DIRECTION
JOUAN	JOEL	DSI-MGC
JOUVE	DAVID	DSI-DNE
JOUZEL	JEAN-RENE	DSI-DPFD
KHALDI	MEHDI	DSI-DOIT
LAPORTE	CLAIRE	DSER
LAPORTE	JEAN-MARC	DES
LARABA	KAMEL	DSI-DQT
LARMET	GWENAEL	DPFAS
LAUTARD - DRUESNES	SANDRINE	DSI-DRCPP
LAVERSIN	STEPHANE	DSI-DOIT
LE BORGNE	FANNY	DSI-DIRECTION
LE GOFF	MORGANE-HELENE	DICOM
LE TEXIER - JAULT	BLANDINE	DPFAS
LEPAULMIER	DELPHINE	DSI-DPFD
LEROUEIL	YASMINE	DSI-DCISIFS
LEROY - THOMAS	SYLVIE	DSI-DPFD
LOUIS	NOELLE	DSI-DQT
LUDIER	MARINA	SG
MAGNARD	ANNE	SG
MALENFANT	LILIAN	DSI-DOIT
MAMOSER	STEPHANIE	DSI-DOIT
MARASSE	ERIC	DSI-DCISIFS
MARSAN	YVES	DSI-DOIT
MARTIN	STEPHANE	DR
MASSARD	CELINE	DCF
MAURICE	JEAN MARC	DSI-DQT
MAURY	EMMANUELLE	DR
MEOUCHY	ARNAUD	DSI-DOIT
MERDRIGNAC	CHRISTELLE	DSI-DNE
MILLOT	CHRISTOPHE	DSI-DNE
MOENECLAEY	JEANNE	DSER

Nom	Prénom	Direction
MOLINA	FRANCK	DSI-DCISIFS
MONTAUDON	BENOIT	DSI-DCISIFS
MONTINI	KARINE	DSI-MGC
MOULIN - SEURRE	PIA	DR
NAVARRO	ARNAUD	DR
NEE	PIERRE	DSI-DOIT
OMONT	JEAN-MICHEL	DSI-DPFD
ONG	DARA	DCF
ORDONNEAU	CHARLENE	SG
OULMOUDENE	ALEXIA	DSER
PACAUD	STEPHANE	DR
PAQUAUX	JEAN-MICHEL	DSI-DNE
PARIZOT	CAROLINE	DSI-MPRP
PELAMOURGUES	BERNARD	DSER
PERRAULT	ARNAUD	DCF
PERRIN	FRANCK	DSI-DPFD
PHILIPPE	CECILE	DG
PIETRALA	BRIGITTE	DES
PINTO DEL SILVA	MARC	DSI-DCISIFS
PONTESILLI	MARIA	SG
POTUS	OLIVIER	DR
POULAT	JEAN-MICHEL	DSI-DRCPP
POVEDA	SOLANGE	DR
PRESTAUX	FRANCK	DSI-MPRP
PUSCH	SEVERINE	DCF
RASLE	BRUNO	MACSSI
RASSON	NICOLETA - CORINA	DSI-DPFD
RATSIMBA	JULIE	DSI-MAEI
REMY LE FLOCH	CHANTAL	DR
RENAULT	PHILIPPE	DSI-DQT
RIBERI	LAURA	DR
ROSWAG	STEPHANIE	DPFAS
ROUSSEL	CHRISTOPHE	DSI-DNE
ROUSSIER	GUILLAUME	DPFAS
ROUX - SECQ	ANNE-ISABELLE	SG
ROYER	JEAN MARIE	DSI-DIRECTION
SABOT	MICHEL	DSI-DPFD
SAHAJIAN	NATHALIE	DSI-DCISIFS
SALAGNAT	LAURENCE	DSI-DRCPP
SAMBOURG	FRANCK	DSI-DOIT
SANNER	CHRISTOPHE	DSI-DRCPP
SCHAAF	AURELIE	DR
SCHWARTZ	FRANCK	DSI-DIRECTION
SENOTIER	DANIEL	DCF

Nom	Prénom	Direction
SORTAIS	ROSELINE	DR
SUISSA	JOELLE	DCF
SURIREY	NATHALIE	DSI-DQT
TARIS	SEBASTIEN	DSI-DRCPP
TAUDIERE	HELENE	DSI-MGC
TESSIER	PASCAL	DCF
TEULADE	ERIC	DSI-DRCPP
THIBAULT	FLORENCE	DSER
TRACEZ	MARC	DSI-DOIT
TRAPANI	CHRISTOPHE	DSI-DOIT
TRESOR	TANIA	SG
TRICOIT	ESTHER	DR
TROUVE	FABRICE	DSI-MAEI
VANTHO	CHINDARY	DG
VERNERET	JEAN PAUL	DSI-DIRECTION
VERVEL	ROMUALD	DSI-DCISIFS
VOISIN	EDITH	DPFAS
WEISLO	VERONIQUE	DSI-DQT
YAGUE	LUIS	DSI-DPFD
ZRARI	LEILA	DR

Caisse nationale des allocations familiales

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature

NOR : SSAX2230359S

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration ;

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

Vu la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique et notamment son article 2 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu le décret du 27 octobre 2021 portant nomination de Monsieur Nicolas GRIVEL, en qualité de directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (JO du 28 octobre 2021),

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée aux agents visés en annexe à la présente décision pour dans le cadre de la gestion de l'établissement public et pour son personnel les pièces suivantes :

d'une part :

- la correspondance courante de la direction générale déléguée des politiques familiales et sociales ;
- les demandes d'achats de biens ou des services adressées au Secrétariat général ;
- les validations du service fait ou la réception des biens et services livrés ;
- les ordres de mission du personnel en métropole emportant validation des états de frais du personnel.

d'autre part :

- les ordonnancements des budgets d'action sociale et des subventions relevant du Fonds national d'action sociale ;
- toute notification de nature budgétaire relevant du Fonds national d'action sociale et du Fonds national des prestations familiales à l'exception des dépenses afférentes au financement de l'UNAF et à l'assurance vieillesse des parents au foyer.

Article 2

La délégation objet de la présente décision est accordée à l'exclusion expresse de toute situation présentant un conflit d'intérêt pour les délégataires.

Article 3

La secrétaire générale et le directeur comptable et financier sont chargés chacun pour ce qui les concerne de l'exécution de la présente décision.

Article 4

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité ainsi qu'au Recueil des actes administratifs de la préfecture de Paris ainsi que sur le site internet www.caf.fr.

Fait le 31 mars 2022.

Le directeur général,
Nicolas GRIVEL

Annexe

Nom	Prénom	Direction	Fonction
LEPAGE	Jérôme	Direction des politiques familiales et sociales	Directeur adjoint des politiques familiales et sociales
VABRE	Frédéric	Direction des politiques familiales et sociales	Directeur du département gestion et financement de l'action sociale

Caisse nationale des allocations familiales

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature

NOR : SSAX2230360S

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration ;

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

Vu la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique et notamment son article 2 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu le décret du 27 octobre 2021 portant nomination de Monsieur Nicolas GRIVEL, en qualité de directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (JO du 28 octobre 2021),

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée aux agents visés en annexe à la présente décision pour dans le cadre de la gestion de l'établissement public et pour son personnel les pièces suivantes :

d'une part :

- la correspondance courante de la direction générale déléguée du réseau ;
- les demandes d'achats de biens ou des services adressées au Secrétariat général ;
- les validations du service fait ou la réception des biens et services livrés ;
- les ordres de mission du personnel en métropole emportant validation des états de frais du personnel.

d'autre part, dans le cadre du Fonds national de gestion administrative (FNGA) :

- l'ordonnancement des dépenses et recettes et tout autre document y ayant trait, sans limitation de montant ;
- les notifications d'allocations de ressources dans le cadre de la tutelle budgétaire, sans limitation de montant.

Article 2

La délégation objet de la présente décision est accordée à l'exclusion expresse de toute situation présentant un conflit d'intérêt pour les délégataires.

Article 3

La secrétaire générale et le directeur comptable et financier sont chargés chacun pour ce qui les concerne de l'exécution de la présente décision.

Article 4

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité ainsi qu'au Recueil des actes administratifs de la préfecture de Paris ainsi que sur le site internet www.caf.fr.

Fait le 31 mars 2022.

Le directeur général,
Nicolas GRIVEL

Annexe

Nom	Prénom	Direction	Fonction
LE FLOCH	Marc	Direction du réseau	Directeur adjoint du réseau
FOURTANIER	Edith	Direction du réseau	Directrice du département gestion budgétaire immobilière et achats nationaux

Caisse nationale des allocations familiales

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature

NOR : SSAX2230361S

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

Vu le code du travail et notamment ses articles L. 2311-1 et suivants et L. 2313-7 ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration ;

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

Vu la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique et notamment son article 2 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu le décret du 27 octobre 2021 portant nomination de Monsieur Nicolas GRIVEL, en qualité de directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (JO du 28 octobre 2021),

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée à Eric JAMET, responsable du site de Sophia-Antipolis à la présente décision pour signer dans le cadre de la gestion de l'établissement public et pour son personnel :

- la correspondance courante du site ;
- les validations de service fait, les attestations de réception de travaux, de fournitures et de service fait dont le montant est inférieur à 130 000 € ;
- les contrats de travail à durée indéterminée ou à durée déterminée à l'exception de ceux concernant les agents de direction ;
- pour son site, et pour les autres sites en cas d'absence de leur responsable de site : les ordres de mission du personnel en métropole, emportant validation des états de frais du personnel, les astreintes, les congés, les heures supplémentaires, les demandes de remboursement de frais de déplacement de personnel en France métropolitaine, les primes de poste dont le montant est inférieur à 45 000 € H.T ; l'enregistrement des heures correspondantes aux mandats de représentation du personnel, les bordereaux d'état de charges sociales, l'ordonnancement des dépenses relatives aux cotisations sociales versées par l'établissement public, l'ordonnancement des dépenses et recettes de personnel, dont le montant est inférieur à 90 000 € H.T ;

- les demandes d'achats de biens ou de services relatives au fonctionnement de leur site ;
- la gestion du traitement des informations statistiques et des déclarations obligatoires ;
- les formulaires de remise et de restitution de matériels informatiques ou téléphoniques ;
- les bons de livraisons.

Article 2

De déléguer une partie de ses pouvoirs à Eric JAMET, pour, dans le cadre de ses fonctions et pour son site, représenter le directeur général de façon permanente en qualité de président du Comité social et économique (CSE) dans les relations sociales avec les représentants de proximité.

Dans le cadre de cette délégation permanente de pouvoir de représentation et compte tenu de ses compétences professionnelles Eric JAMET sera investi de l'intégralité des pouvoirs normalement dévolus au directeur général de la CNAF dans ses relations avec le CSE et les représentants de proximité du site conformément aux dispositions du code du travail.

Pour l'accomplissement de ses missions, Eric JAMET disposera de tous les moyens matériels, techniques et financiers nécessaires.

Eric JAMET pourra engager les dépenses utiles à la bonne exécution de la présente délégation dans la limite de 39 000 € H.T.

La présente délégation ne peut faire l'objet d'aucune subdélégation.

Article 3

Le délégataire accepte la délégation qui lui est confiée en toute connaissance de cause, en connaît et en accepte les conséquences. La présente délégation est consentie pour une durée indéterminée et pourra être révoquée à tout moment.

Article 4

La délégation objet de la présente décision est accordée à l'exclusion expresse de toute situation présentant un conflit d'intérêt pour le délégataire.

Article 5

La secrétaire générale et le directeur comptable et financier sont chargés, chacun pour ce qui les concerne, de l'exécution de la présente décision.

Article 6

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité ainsi qu'au Recueil des actes administratifs de la préfecture de Paris ainsi que sur le site internet www.caf.fr.

Fait le 31 mars 2022.

Le directeur général,
Nicolas GRIVEL

Caisse nationale des allocations familiales

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature

NOR : SSAX2230362S

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

Vu le code du travail ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration ;

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

Vu la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique et notamment son article 2 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu le décret du 27 octobre 2021 portant nomination de Monsieur Nicolas GRIVEL, en qualité de directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (JO du 28 octobre 2021),

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée à Monsieur Etienne MARCHAND, adjoint à la directrice des ressources humaines, pour signer, pour les agents relevant de sa responsabilité, les pièces suivantes :

- la correspondance courante du département Ressources humaines.

Délégation est donnée à Monsieur Etienne MARCHAND, adjoint à la directrice des ressources humaines, pour signer, les pièces suivantes :

- après visa du contrôleur général économique et financier, les contrats de travail à durée indéterminée et ou à durée déterminée à l'exception de ceux concernant les agents de direction.

Article 2

Les délégations objet de la présente décision sont accordées à l'exclusion expresse de toute situation présentant un conflit d'intérêt pour le délégataire.

Article 3

La secrétaire générale et le directeur comptable et financier sont chargés chacun pour ce qui les concerne de l'exécution de la présente décision.

Article 4

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité ainsi qu'au Recueil des actes administratifs de la préfecture de Paris ainsi que sur le site internet www.caf.fr.

Fait le 31 mars 2022.

Le directeur général,
Nicolas GRIVEL

Caisse nationale des allocations familiales

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature

NOR : SSAX2230363S

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration ;

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

Vu la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique et notamment son article 2 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu le décret du 27 octobre 2021 portant nomination de Monsieur Nicolas GRIVEL, en qualité de directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (JO du 28 octobre 2021),

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée à Fanny AUVERNY-BENNETOT, directrice de l'information et de la communication de la CNAF, pour signer dans le cadre de la gestion de l'établissement public et pour son personnel les pièces suivantes :

- la correspondance courante de sa direction ;
- les demandes d'achats de biens ou de services adressées au Secrétariat général ;
- les validations du service fait ou la réception des biens et services livrés ;
- les ordres de mission du personnel en métropole emportant validation des états de frais du personnel.

Article 2

La délégation objet de la présente décision est accordée à l'exclusion expresse de toute situation présentant un conflit d'intérêt pour le délégataire.

Article 3

La secrétaire générale et le directeur comptable et financier sont chargés, chacun pour ce qui les concerne, de l'exécution de la présente décision.

Article 4

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité ainsi qu'au Recueil des actes administratifs de la préfecture de Paris ainsi que sur le site internet www.caf.fr.

Fait le 31 mars 2022.

Le directeur général,
Nicolas GRIVEL

Caisse nationale des allocations familiales

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature

NOR : SSAX2230364S

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration ;

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

Vu la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique et notamment son article 2 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu le décret du 27 octobre 2021 portant nomination de Monsieur Nicolas GRIVEL, en qualité de directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (JO du 28 octobre 2021),

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée à Frédéric MARINACCE, directeur général délégué chargé des politiques familiales et sociales de la CNAF, pour signer dans le cadre de la gestion de l'établissement public et pour son personnel les pièces suivantes :

d'une part :

- la correspondance courante de sa direction ;
- les demandes d'achats de biens ou de services adressées au Secrétariat général ;
- les validations du service fait ou la réception des biens et services livrés ;
- les ordres de mission du personnel en métropole emportant validation des états de frais du personnel.

D'autre part :

- les ordonnancements des budgets d'action sociale et des subventions relevant du Fonds national d'action sociale ;
- toute notification de nature budgétaire relevant du Fonds national d'action sociale et du Fonds national des prestations familiales à l'exception des dépenses afférentes au financement de l'UNAF et à l'assurance vieillesse de parents au foyer.

Article 2

Délégation est donnée à Frédéric MARINACCE, directeur général délégué chargé des politiques familiales et sociales, à effet de signer tout ordonnancement ou document entrant dans le champ des compétences du directeur général en cas d'absence ou d'indisponibilité du :

- du directeur général ;
- de la secrétaire générale ;
- du directeur général délégué chargé du pilotage stratégique et de la coordination des évaluations.

Article 3

La délégation objet de la présente décision est accordée à l'exclusion expresse de toute situation présentant un conflit d'intérêt pour le délégataire.

Article 4

La secrétaire générale et le directeur comptable et financier sont chargés, chacun pour ce qui les concerne, de l'exécution de la présente décision.

Article 5

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité ainsi qu'au Recueil des actes administratifs de la préfecture de Paris ainsi que sur le site internet www.caf.fr.

Fait le 31 mars 2022.

Le directeur général,
Nicolas GRIVEL

Caisse nationale des allocations familiales

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature

NOR : SSAX2230365S

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration ;

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

Vu la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique et notamment son article 2 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu le décret du 27 octobre 2021 portant nomination de Monsieur Nicolas GRIVEL, en qualité de directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (JO du 28 octobre 2021),

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée aux gestionnaires de la commande publique visés en annexe à la présente décision pour signer dans le cadre de la gestion de l'établissement :

- les engagements de dépenses (création, modification, annulation), les commandes d'investissement et de fonctionnement dont le montant est inférieur à 11 250 € H.T ;
- les actes relevant de l'ordonnancement relatifs aux dépenses d'investissement et de fonctionnement de toutes natures, recettes, paiements, reversements (créations, modifications et annulations) ;
- l'attestation de la réception de travaux, de biens, de fournitures, et de services fait dont le montant est inférieur à 11 250 € H.T ;
- les formulaires de remise et de restitution de matériels hors informatique et hors téléphonie ;
- les bons de livraison.

Article 2

La délégation objet de la présente décision est accordée à l'exclusion expresse de toute situation présentant un conflit d'intérêt pour les délégataires.

Article 3

La secrétaire générale et le directeur comptable et financier sont chargés, chacun pour ce qui les concerne, de l'exécution de la présente décision.

Article 4

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité ainsi qu'au Recueil des actes administratifs de la préfecture de Paris ainsi que sur le site internet www.caf.fr.

Fait le 31 mars 2022.

Le directeur général,
Nicolas GRIVEL

Annexe

Nom	Prénom	Direction	Fonction
BONNAIRE	Laetitia	Secrétariat général	Gestionnaire de la commande publique
CASTANIER	Nelly	Secrétariat général	Gestionnaire de la commande publique
DABEEDIN	Etienne	Secrétariat général	Gestionnaire de la commande publique
DELAN	Christophe	Secrétariat général	Gestionnaire de la commande publique
GARDÉ	Elodie	Secrétariat général	Gestionnaire de la commande publique
HOUALEF	Soumiya	Secrétariat général	Gestionnaire de la commande publique
PACCIONI	Serge	Secrétariat général	Gestionnaire de la commande publique
PRONTEAU	Adeline	Secrétariat général	Gestionnaire de la commande publique
RHANIME	Khaled	Secrétariat général	Gestionnaire de la commande publique
STEVENARD	Denis	Secrétariat général	Gestionnaire de la commande publique
VERILLAC	Anne-Catherine	Secrétariat général	Gestionnaire de la commande publique
VINCENTELLI	Christophe	Secrétariat général	Gestionnaire de la commande publique

Caisse nationale des allocations familiales

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature

NOR : SSAX2230366S

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

Vu le code du travail et notamment ses articles L. 2311-1 et suivants et L. 2313-7 ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration ;

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

Vu la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique et notamment son article 2 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu le décret du 27 octobre 2021 portant nomination de Monsieur Nicolas GRIVEL, en qualité de directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (JO du 28 octobre 2021),

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée à Guillaume CLAYE, responsable du site de Caen à la présente décision pour signer dans le cadre de la gestion de l'établissement public et pour son personnel :

- la correspondance courante du site ;
- les validations de service fait, les attestations de réception de travaux, de fournitures et de service fait dont le montant est inférieur à 130 000 € ;
- les contrats de travail à durée indéterminée ou à durée déterminée à l'exception de ceux concernant les agents de direction ;
- pour son site, et pour les autres sites en cas d'absence de leur responsable de site : les ordres de mission du personnel en métropole, emportant validation des états de frais du personnel, les astreintes, les congés, les heures supplémentaires, les demandes de remboursement de frais de déplacement de personnel en France métropolitaine, les primes de poste dont le montant est inférieur à 45 000 € H.T ; l'enregistrement des heures correspondantes aux mandats de représentation du personnel, les bordereaux d'état de charges sociales, l'ordonnancement des dépenses relatives aux cotisations sociales versées par l'établissement public, l'ordonnancement des dépenses et recettes de personnel, dont le montant est inférieur à 90 000 € H.T ;
- les demandes d'achats de biens ou de services relatives au fonctionnement de leur site ;

- la gestion du traitement des informations statistiques et des déclarations obligatoires ;
- les formulaires de remise et de restitution de matériels informatiques ou téléphoniques ;
- les bons de livraisons.

Article 2

De déléguer une partie de ses pouvoirs à Guillaume CLAYE, pour, dans le cadre de ses fonctions et pour son site, représenter le directeur général de façon permanente en qualité de président du Comité social et économique (CSE) dans les relations sociales avec les représentants de proximité.
Dans le cadre de cette délégation permanente de pouvoir de représentation et compte tenu de ses compétences professionnelles Guillaume CLAYE sera investi de l'intégralité des pouvoirs normalement dévolus au directeur général de la CNAF dans ses relations avec le CSE et les représentants de proximité du site conformément aux dispositions du code du travail.
Pour l'accomplissement de ses missions, Guillaume CLAYE disposera de tous les moyens matériels, techniques et financiers nécessaires.
Guillaume CLAYE pourra engager les dépenses utiles à la bonne exécution de la présente délégation dans la limite de 39 000 € H.T.
La présente délégation ne peut faire l'objet d'aucune subdélégation.

Article 3

Le délégataire accepte la délégation qui lui est confiée en toute connaissance de cause, en connaît et en accepte les conséquences. La présente délégation est consentie pour une durée indéterminée et pourra être révoquée à tout moment.

Article 4

La délégation objet de la présente décision est accordée à l'exclusion expresse de toute situation présentant un conflit d'intérêt pour le délégataire.

Article 5

La secrétaire générale et le directeur comptable et financier sont chargés, chacun pour ce qui les concerne, de l'exécution de la présente décision.

Article 6

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité ainsi qu'au Recueil des actes administratifs de la préfecture de Paris ainsi que sur le site internet www.caf.fr.

Fait le 31 mars 2022.

Le directeur général,
Nicolas GRIVEL

Caisse nationale des allocations familiales

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature

NOR : SSAX2230367S

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration ;

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

Vu la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique et notamment son article 2 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu le décret du 27 octobre 2021 portant nomination de Monsieur Nicolas GRIVEL, en qualité de directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (JO du 28 octobre 2021),

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée à Isabelle ROUSSEAU, responsable du Pôle commandes de l'établissement public, pour signer dans le cadre de la gestion de l'établissement public et pour son personnel :

- la correspondance courante du Pôle commandes de l'établissement public ;
- tous actes et décisions relevant du pouvoir adjudicateur, dans le cadre de la règlementation de la commande publique dont le montant est inférieur à 130 000 € H.T ;
- les engagements de dépenses (créations, modifications, annulations), les commandes d'investissement et de fonctionnement dont le montant est inférieur à 130 000 € H.T ;
- les demandes d'achats de biens ou de services adressées au Secrétariat général ;
- les ordres de mission du personnel en métropole emportant validation des états de frais du personnel ;
- les actes relevant de l'ordonnancement relatifs aux dépenses d'investissement et de fonctionnement de toutes natures, recettes, paiements, reversements (créations, modifications et annulations) ;
- l'attestation de la réception de travaux, de biens, de fournitures, et de service fait dont le montant est inférieur à 130 000 € H.T ;
- les formulaires de remise et de restitution de matériels hors informatique et hors téléphonie ;
- les bons de livraison.

Article 2

La délégation objet de la présente décision est accordée à l'exclusion expresse de toute situation présentant un conflit d'intérêt pour le délégataire.

En l'absence de son responsable hiérarchique, délégation supplémentaire est donnée pour la correspondance courante du département dont relève son responsable hiérarchique.

Article 3

La secrétaire générale et le directeur comptable et financier sont chargés, chacun pour ce qui les concerne, de l'exécution de la présente décision.

Article 4

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité ainsi qu'au Recueil des actes administratifs de la préfecture de Paris ainsi que sur le site internet www.caf.fr.

Fait le 31 mars 2022.

Le directeur général,
Nicolas GRIVEL

Caisse nationale des allocations familiales

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature

NOR : SSAX2230368S

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration ;

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

Vu la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique et notamment son article 2 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu le décret du 27 octobre 2021 portant nomination de Monsieur Nicolas GRIVEL, en qualité de directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (JO du 28 octobre 2021),

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée à Jean-Baptiste HY, directeur comptable et financier de la CNAF, pour signer dans le cadre de la gestion de l'établissement public et pour son personnel les pièces suivantes :

- la correspondance courante de sa direction ;
- les demandes d'achats de biens ou de services adressées au Secrétariat général ;
- les validations du service fait ou la réception des biens et services livrés ;
- les ordres de mission du personnel en métropole emportant validation des états de frais du personnel.

Article 2

La délégation objet de la présente décision est accordée à l'exclusion expresse de toute situation présentant un conflit d'intérêt pour le délégataire.

Article 3

La secrétaire générale et le directeur comptable et financier sont chargés, chacun pour ce qui les concerne, de l'exécution de la présente décision.

Article 4

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité ainsi qu'au Recueil des actes administratifs de la préfecture de Paris ainsi que sur le site internet www.caf.fr.

Fait le 31 mars 2022.

Le directeur général,
Nicolas GRIVEL

Caisse nationale des allocations familiales

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature

NOR : SSAX2230369S

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

Vu le code du travail et notamment ses articles L. 2311-1 et suivants et L. 2313-7 ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration ;

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

Vu la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique et notamment son article 2 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu le décret du 27 octobre 2021 portant nomination de Monsieur Nicolas GRIVEL, en qualité de directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (JO du 28 octobre 2021),

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée à Jean-Jacques SPLINGART, responsable du site de Valenciennes à la présente décision pour signer dans le cadre de la gestion de l'établissement public et pour son personnel :

- la correspondance courante du site ;
- les validations de service fait, les attestations de réception de travaux, de fournitures et de service fait dont le montant est inférieur à 130 000 € ;
- les contrats de travail à durée indéterminée ou à durée déterminée à l'exception de ceux concernant les agents de direction ;
- pour son site, et pour les autres sites en cas d'absence de leur responsable de site : les ordres de mission du personnel en métropole, emportant validation des états de frais du personnel, les astreintes, les congés, les heures supplémentaires, les demandes de remboursement de frais de déplacement de personnel en France métropolitaine, les primes de poste dont le montant est inférieur à 45 000 € H.T ; l'enregistrement des heures correspondantes aux mandats de représentation du personnel, les bordereaux d'état de charges sociales, l'ordonnancement des dépenses relatives aux cotisations sociales versées par l'établissement public, l'ordonnancement des dépenses et recettes de personnel, dont le montant est inférieur à 90 000 € H.T ;
- les demandes d'achats de biens ou de services relatives au fonctionnement de leur site ;

- la gestion du traitement des informations statistiques et des déclarations obligatoires ;
- les formulaires de remise et de restitution de matériels informatiques ou téléphoniques ;
- les bons de livraisons.

Article 2

De déléguer une partie de ses pouvoirs à Jean-Jacques SPLINGART pour, dans le cadre de ses fonctions et pour son site, représenter le directeur général de façon permanente en qualité de président du Comité social et économique (CSE) dans les relations sociales avec les représentants de proximité.
Dans le cadre de cette délégation permanente de pouvoir de représentation et compte tenu de ses compétences professionnelles Jean-Jacques SPLINGART sera investi de l'intégralité des pouvoirs normalement dévolus au directeur général de la CNAF dans ses relations avec le CSE et les représentant de proximité du site conformément aux dispositions du code du travail.
Pour l'accomplissement de ses missions, Jean-Jacques SPLINGART disposera de tous les moyens matériels, techniques et financiers nécessaires.
Jean-Jacques SPLINGART pourra engager les dépenses utiles à la bonne exécution de la présente délégation dans la limite de 39 000 € H.T.
La présente délégation ne peut faire l'objet d'aucune subdélégation.

Article 3

Le délégataire accepte la délégation qui lui est confiée en toute connaissance de cause, en connaît et en accepte les conséquences. La présente délégation est consentie pour une durée indéterminée et pourra être révoquée à tout moment.

Article 4

La délégation objet de la présente décision est accordée à l'exclusion expresse de toute situation présentant un conflit d'intérêt pour le délégataire.

Article 5

La secrétaire générale et le directeur comptable et financier sont chargés, chacun pour ce qui les concerne, de l'exécution de la présente décision.

Article 6

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité ainsi qu'au Recueil des actes administratifs de la préfecture de Paris ainsi que sur le site internet www.caf.fr.

Fait le 31 mars 2022.

Le directeur général,
Nicolas GRIVEL

Caisse nationale des allocations familiales

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature

NOR : SSAX2230370S

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

Vu le code du travail ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration ;

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

Vu la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique et notamment son article 2 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu le décret du 27 octobre 2021 portant nomination de Monsieur Nicolas GRIVEL, en qualité de directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (JO du 28 octobre 2021),

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée à Juliette NOËL, secrétaire générale de la CNAF, à la présente décision pour signer dans le cadre de la gestion de l'établissement public et pour son personnel :

- la correspondance courante du Secrétariat général ;
- tous actes et décisions relevant du pouvoir adjudicateur dans le cadre de la réglementation de la commande publique sans limitation de montant ;
- les engagements de dépense (créations, modification et annulations), les commandes d'investissement et de fonctionnement de toutes natures et sans limitation de montant ;
- les actes relevant de l'ordonnancement relatifs aux dépenses d'investissement ou de fonctionnement de toutes natures, recettes, paiements, reversements (créations, modifications et annulations) et aux dépenses du personnel (pour charges sociales etc…) sans limitation de montant ;
- l'attestation de réception de travaux, de fournitures de biens et de services fait et sans limitation pour tous les services de l'établissement public ;
- les ordres de mission du personnel emportant validation des états de frais du personnel sans limitation géographique ;
- les virements de crédits budgétaires non soumis au conseil d'administration sans limitation de montant ;

- toutes conventions de détachement ou de mise à disposition, les contrats de travail à durée indéterminée ou à durée déterminée à l'exception de ceux concernant les agents de direction ;
- les accords d'entreprise avec les représentants du personnel ;
- la décision d'engager toutes procédures disciplinaires, ainsi que tous documents relatifs aux sanctions disciplinaires afférentes ;
- les demandes de certificats de sécurité de type RGS auprès des autorités de certification ;
- les formulaires de remise et de restitution de matériels hors informatique et hors téléphonie ;
- les bons de livraison.

Article 2

Délégation est donnée à Juliette NOËL, secrétaire générale, à effet de signer tout ordonnancement ou document entrant dans le champ de mes compétences en mon absence ou dans le cas de mon indisponibilité.

Article 3

Délégation est donnée à Juliette NOËL pour signer les ordres de mission du personnel de la CNAF hors métropole emportant validation des états de frais du personnel.

Article 4

Mandat est donné à Juliette NOËL pour représenter la CNAF en justice et dans les actes de la vie civile. A ce titre mandat est donné en ce qui concerne les actes de procédure devant être accomplis conformément aux dispositions du code de procédure pénale, notamment la signature des plaintes.
Juliette NOËL pourra, le cas échéant et ponctuellement, donner mandat pour signer lesdits actes de procédure à un agent de l'établissement public.

Article 5

La délégataire accepte la délégation qui lui est confiée en toute connaissance de cause et en accepte les conséquences. La présente délégation est consentie pour une durée indéterminée et pourra être révoquée à tout moment.

Article 6

La délégation objet de la présente décision est accordée à l'exclusion expresse de toute situation présentant un conflit d'intérêt pour la délégataire.

Article 7

La secrétaire générale et le directeur comptable et financier sont chargés, chacun pour ce qui les concerne, de l'exécution de la présente décision.

Article 8

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité ainsi qu'au Recueil des actes administratifs de la préfecture de Paris ainsi que sur le site internet www.caf.fr.

Fait le 31 mars 2022.

Le directeur général,
Nicolas GRIVEL

Caisse nationale des allocations familiales

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature

NOR : SSAX2230371S

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

Vu le code du travail et notamment ses articles L. 2311-1 et suivants et L. 2313-7 ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration ;

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

Vu la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique et notamment son article 2 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu le décret du 27 octobre 2021 portant nomination de Monsieur Nicolas GRIVEL, en qualité de directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (JO du 28 octobre 2021),

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée à Laurent GAUNARD, responsable du site d'Ile-de-France à la présente décision pour signer dans le cadre de la gestion de l'établissement public et pour son personnel :

- la correspondance courante du site ;
- les validations de service fait, les attestations de réception de travaux, de fournitures et de service fait dont le montant est inférieur à 130 000 € ;
- les contrats de travail à durée indéterminée ou à durée déterminée à l'exception de ceux concernant les agents de direction ;
- pour son site, et pour les autres sites en cas d'absence de leur responsable de site : les ordres de mission du personnel en métropole, emportant validation des états de frais du personnel, les astreintes, les congés, les heures supplémentaires, les demandes de remboursement de frais de déplacement de personnel en France métropolitaine, les primes de poste dont le montant est inférieur à 45 000 € H.T ; l'enregistrement des heures correspondantes aux mandats de représentation du personnel, les bordereaux d'état de charges sociales, l'ordonnancement des dépenses relatives aux cotisations sociales versées par l'établissement public, l'ordonnancement des dépenses et recettes de personnel, dont le montant est inférieur à 90 000 € H.T ;
- les demandes d'achats de biens ou de services relatives au fonctionnement de leur site ;

- la gestion du traitement des informations statistiques et des déclarations obligatoires ;
- les formulaires de remise et de restitution de matériels informatiques ou téléphoniques ;
- les bons de livraisons.

Article 2

De déléguer une partie de ses pouvoirs à Laurent GAUNARD pour, dans le cadre de ses fonctions et pour son site, représenter le directeur général de façon permanente en qualité de président du Comité social et économique (CSE) dans les relations sociales avec les représentants de proximité.
Dans le cadre de cette délégation permanente de pouvoir de représentation et compte tenu de ses compétences professionnelles, Laurent GAUNARD sera investi de l'intégralité des pouvoirs normalement dévolus au directeur général de la CNAF dans ses relations avec le CSE et les représentants de proximité du site conformément aux dispositions du code du travail.
Pour l'accomplissement de ses missions, Laurent GAUNARD disposera de tous les moyens matériels, techniques et financiers nécessaires.
Laurent GAUNARD pourra engager les dépenses utiles à la bonne exécution de la présente délégation dans la limite de 39 000 € H.T.
La présente délégation ne peut faire l'objet d'aucune subdélégation.

Article 3

Le délégataire accepte la délégation qui lui est confiée en toute connaissance de cause, en connaît et en accepte les conséquences. La présente délégation est consentie pour une durée indéterminée et pourra être révoquée à tout moment.

Article 4

La délégation objet de la présente décision est accordée à l'exclusion expresse de toute situation présentant un conflit d'intérêt pour le délégataire.

Article 5

La secrétaire générale et le directeur comptable et financier sont chargés, chacun pour ce qui les concerne, de l'exécution de la présente décision.

Article 6

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité ainsi qu'au Recueil des actes administratifs de la préfecture de Paris ainsi que sur le site internet www.caf.fr.

Fait le 31 mars 2022.

Le directeur général,
Nicolas GRIVEL

Caisse nationale des allocations familiales

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature

NOR : SSAX2230372S

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

Vu le code du travail et notamment ses articles L. 2311-1 et suivants et L. 2313-7 ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration ;

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

Vu la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique et notamment son article 2 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu le décret du 27 octobre 2021 portant nomination de Monsieur Nicolas GRIVEL, en qualité de directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (JO du 28 octobre 2021),

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée à Laurent HAMELAIN, responsable du site de Le Mans à la présente décision pour signer dans le cadre de la gestion de l'établissement public et pour son personnel :

- la correspondance courante du site ;
- les validations de service fait, les attestations de réception de travaux, de fournitures et de service fait dont le montant est inférieur à 130 000 € ;
- les contrats de travail à durée indéterminée ou à durée déterminée à l'exception de ceux concernant les agents de direction ;
- pour son site, et pour les autres sites en cas d'absence de leur responsable de site : les ordres de mission du personnel en métropole, emportant validation des états de frais du personnel, les astreintes, les congés, les heures supplémentaires, les demandes de remboursement de frais de déplacement de personnel en France métropolitaine, les primes de poste dont le montant est inférieur à 45 000 € H.T ; l'enregistrement des heures correspondantes aux mandats de représentation du personnel, les bordereaux d'état de charges sociales, l'ordonnancement des dépenses relatives aux cotisations sociales versées par l'établissement public, l'ordonnancement des dépenses et recettes de personnel, dont le montant est inférieur à 90 000 € H.T ;
- les demandes d'achats de biens ou de services relatives au fonctionnement de leur site ;

- la gestion du traitement des informations statistiques et des déclarations obligatoires ;
- les formulaires de remise et de restitution de matériels informatiques ou téléphoniques ;
- les bons de livraisons.

Article 2

De déléguer une partie de ses pouvoirs à Laurent HAMELAIN pour, dans le cadre de ses fonctions et pour son site, représenter le directeur général de façon permanente en qualité de président du Comité social et économique (CSE) dans les relations sociales avec les représentants de proximité.
Dans le cadre de cette délégation permanente de pouvoir de représentation et compte tenu de ses compétences professionnelles Laurent HAMELAIN sera investi de l'intégralité des pouvoirs normalement dévolus au directeur général de la CNAF dans ses relations avec le CSE et les représentants de proximité du site conformément aux dispositions du code du travail.
Pour l'accomplissement de ses missions, Laurent HAMELAIN disposera de tous les moyens matériels, techniques et financiers nécessaires.
Laurent HAMELAIN pourra engager les dépenses utiles à la bonne exécution de la présente délégation dans la limite de 39 000 € H.T.
La présente délégation ne peut faire l'objet d'aucune subdélégation.

Article 3

Le délégataire accepte la délégation qui lui est confiée en toute connaissance de cause, en connaît et en accepte les conséquences. La présente délégation est consentie pour une durée indéterminée et pourra être révoquée à tout moment.

Article 4

La délégation objet de la présente décision est accordée à l'exclusion expresse de toute situation présentant un conflit d'intérêt pour le délégataire.

Article 5

La secrétaire générale et le directeur comptable et financier sont chargés, chacun pour ce qui les concerne, de l'exécution de la présente décision.

Article 6

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité ainsi qu'au Recueil des actes administratifs de la préfecture de Paris ainsi que sur le site internet www.caf.fr.

Fait le 31 mars 2022.

Le directeur général,
Nicolas GRIVEL

Caisse nationale des allocations familiales

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature

NOR : SSAX2230373S

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration ;

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

Vu la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique et notamment son article 2 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu le décret du 27 octobre 2021 portant nomination de Monsieur Nicolas GRIVEL, en qualité de directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (JO du 28 octobre 2021),

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée à Lucie GONZALEZ, directrice des statistiques, des études et de la recherche de la CNAF, pour signer dans le cadre de la gestion de l'établissement public et pour son personnel les pièces suivantes :

- la correspondance courante de sa direction ;
- tout formulaire de demandes d'accès aux données de la CNAF pour les communiquer à des chercheurs sur le fondement de l'article L. 213-3 du code du patrimoine ;
- les demandes d'achats de biens ou de services adressées au Secrétariat général ;
- les validations du service fait ou la réception des biens et services livrés ;
- les ordres de mission du personnel en métropole emportant validation des états de frais du personnel.

Article 2

La délégation objet de la présente décision est accordée à l'exclusion expresse de toute situation présentant un conflit d'intérêt pour le délégataire.

Article 3

La secrétaire générale et le directeur comptable et financier sont chargés, chacun pour ce qui les concerne, de l'exécution de la présente décision.

Article 4

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité ainsi qu'au Recueil des actes administratifs de la préfecture de Paris ainsi que sur le site internet www.caf.fr.

Fait le 31 mars 2022.

Le directeur général,
Nicolas GRIVEL

Caisse nationale des allocations familiales

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature

NOR : SSAX2230374S

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

Vu le code du travail et notamment ses articles L. 2311-1 et suivants et L. 2313-7 ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration ;

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

Vu la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique et notamment son article 2 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu le décret du 27 octobre 2021 portant nomination de Monsieur Nicolas GRIVEL, en qualité de directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (JO du 28 octobre 2021),

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée à Maïté COURTOIS-RIZK, responsable du Pôle Dialogue social au sein du Secrétariat général à la présente décision pour signer dans le cadre de la gestion de l'établissement public et pour son personnel :

- la correspondance courante de son pôle ;
- les demandes d'achats de biens ou de services adressées au Secrétariat général ;
- les validations de service fait, de la réception de bien et des services livrés ;
- les ordres de missions du personnel en métropole emportant validation des états de frais du personnel.

Article 2

De déléguer une partie de ses pouvoirs à Maïté COURTOIS RIZK pour, dans le cadre de ses fonctions et pour le site de Paris, représenter le directeur général de façon permanente en qualité de président du Comité social et économique (CSE) dans les relations sociales avec les représentants de proximité.
Dans le cadre de cette délégation permanente de pouvoir de représentation et compte tenu de ses compétences professionnelles Maïté COURTOIS RIZK sera investie de l'intégralité des pouvoirs normalement dévolus au directeur général de la CNAF dans ses relations avec le

CSE et les représentants de proximité du site de Paris conformément aux dispositions du code du travail.
Pour l'accomplissement de ses missions, Maïté COURTOIS RIZK disposera de tous les moyens matériels, techniques et financiers nécessaires.
Maïté COURTOIS RIZK pourra engager les dépenses utiles à la bonne exécution de la présente délégation dans la limite de 39 000 € H.T.
La présente délégation ne peut faire l'objet d'aucune subdélégation.
Le délégataire accepte la délégation de pouvoir qui lui est confiée en toute connaissance de cause, en connaît et en accepte les conséquences.

Article 3

La présente délégation de représentation est consentie pour une durée indéterminée et pourra être révoquée à tout moment.

Article 4

La délégation objet de la présente décision est accordée à l'exclusion expresse de toute situation présentant un conflit d'intérêt pour le délégataire.

Article 5

La secrétaire générale et le directeur comptable et financier sont chargés, chacun pour ce qui les concerne, de l'exécution de la présente décision.

Article 6

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité ainsi qu'au Recueil des actes administratifs de la préfecture de Paris ainsi que sur le site internet www.caf.fr.

Fait le 31 mars 2022.

Le directeur général,
Nicolas GRIVEL

Caisse nationale des allocations familiales

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature

NOR : SSAX2230375S

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration ;

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

Vu la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique et notamment son article 2 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu le décret du 27 octobre 2021 portant nomination de Monsieur Nicolas GRIVEL, en qualité de directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (JO du 28 octobre 2021),

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée à Mathilde BLOT, responsable du Pôle Politique achat au sein du Secrétariat général, pour signer dans le cadre de la gestion de l'établissement public et pour son personnel :

- la correspondance courante du Pôle Politique achat ;
- tous actes et décisions relevant du pouvoir adjudicateur, dans le cadre de la règlementation de la commande publique dont le montant est inférieur à 130 000 € H.T ;
- les demandes d'achats de biens ou de services adressées au Secrétariat général ;
- les ordres de mission du personnel en métropole emportant validation des états de frais du personnel ;
- l'attestation de la réception de travaux de biens, de fournitures, et de services fait dont le montant est inférieur à 130 000 € H.T.

Article 2

La délégation objet de la présente décision est accordée à l'exclusion expresse de toute situation présentant un conflit d'intérêt pour le délégataire.
En l'absence de son responsable hiérarchique, délégation supplémentaire est donnée pour les correspondances courantes du département dont relève son responsable hiérarchique.

Article 3

La secrétaire générale et le directeur comptable et financier sont chargés, chacun pour ce qui les concerne, de l'exécution de la présente décision.

Article 4

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité ainsi qu'au Recueil des actes administratifs de la préfecture de Paris ainsi que sur le site internet www.caf.fr.

Fait le 31 mars 2022.

Le directeur général,
Nicolas GRIVEL

Caisse nationale des allocations familiales

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature

NOR : SSAX2230376S

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration ;

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

Vu la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique et notamment son article 2 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu le décret du 27 octobre 2021 portant nomination de Monsieur Nicolas GRIVEL, en qualité de directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (JO du 28 octobre 2021),

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée à Philippe TASSARA, responsable du site de Paris, Sibelle, à la présente décision pour signer dans le cadre de la gestion de l'établissement public et pour son personnel :

- la correspondance courante du site ;
- les validations de service fait, les attestations de réception de travaux, de fournitures et de service fait dont le montant est inférieur à 130 000 € ;
- pour son site, et pour les autres sites en cas d'absence de leur responsable de site : les ordres de mission du personnel en métropole, emportant validation des états de frais du personnel, les astreintes, les congés, les heures supplémentaires, les demandes de remboursement de frais de déplacement de personnel en France métropolitaine, les primes de poste dont le montant est inférieur à 45 000 € H.T ; l'enregistrement des heures correspondantes aux mandats de représentation du personnel, les bordereaux d'état de charges sociales, l'ordonnancement des dépenses relatives aux cotisations sociales versées par l'établissement public, l'ordonnancement des dépenses et recettes de personnel, dont le montant est inférieur à 90 000 € H.T ;
- les demandes d'achats de biens ou de services relatives au fonctionnement de leur site ;
- la gestion du traitement des informations statistiques et des déclarations obligatoires ;
- les formulaires de remise et de restitution de matériels informatiques ou téléphoniques ;
- les bons de livraisons.

Article 2

Le délégataire accepte la délégation qui lui est confiée en toute connaissance de cause, en connaît et en accepte les conséquences. La présente délégation est consentie pour une durée indéterminée et pourra être révoquée à tout moment.

Article 3

La délégation objet de la présente décision est accordée à l'exclusion expresse de toute situation présentant un conflit d'intérêt pour le délégataire.

Article 4

La secrétaire générale et le directeur comptable et financier sont chargés, chacun pour ce qui les concerne, de l'exécution de la présente décision.

Article 5

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité ainsi qu'au Recueil des actes administratifs de la préfecture de Paris ainsi que sur le site internet www.caf.fr.

Fait le 31 mars 2022.

Le directeur général,
Nicolas GRIVEL

Caisse nationale des allocations familiales

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature

NOR : SSAX2230377S

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration ;

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

Vu la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique et notamment son article 2 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu le décret du 27 octobre 2021 portant nomination de Monsieur Nicolas GRIVEL, en qualité de directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (JO du 28 octobre 2021),

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée à Renaud TON THAT TRI, adjoint au responsable du Pôle commandes de l'établissement public, pour signer dans le cadre de la gestion de l'établissement public et pour son personnel :

- tous actes et décisions relevant du pouvoir adjudicateur, dans le cadre de la règlementation de la commande publique dont le montant est inférieur à 60 000 € H.T et qui relève de son pôle ;
- les engagements de dépenses (créations, modifications, annulations), les commandes d'investissement et de fonctionnement dont le montant est inférieur à 60 000 € H.T ;
- les demandes d'achats de biens ou de services adressées au Secrétariat général ;
- les actes relevant de l'ordonnancement relatifs aux dépenses d'investissement et de fonctionnement de toutes natures, recettes, paiements, reversements (créations, modifications et annulations) ;
- l'attestation de la réception de travaux, de biens, de fournitures, et de services fait dont le montant est inférieur à 60 000 € H.T ;
- les formulaires de remise et de restitution de matériels hors informatiques et hors téléphonie ;
- les bons de livraison.

Article 2

En l'absence de sa responsable hiérarchique, délégation supplémentaire est donnée pour :

- la correspondance courante du pôle dont relève sa responsable hiérarchique ;
- les ordres de mission du personnel en métropole pour le pôle dont relève sa responsable hiérarchique, emportant validation des états de frais du personnel.

Article 3

La délégation objet de la présente décision est accordée à l'exclusion expresse de toute situation présentant un conflit d'intérêt pour le délégataire.

Article 4

La secrétaire générale et le directeur comptable et financier sont chargés, chacun pour ce qui les concerne, de l'exécution de la présente décision.

Article 5

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité ainsi qu'au Recueil des actes administratifs de la préfecture de Paris ainsi que sur le site internet www.caf.fr.

Fait le 31 mars 2022.

Le directeur général,
Nicolas GRIVEL

Caisse nationale des allocations familiales

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature

NOR : SSAX2230378S

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

Vu le code du travail ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration ;

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

Vu la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique et notamment son article 2 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu le décret du 27 octobre 2021 portant nomination de Monsieur Nicolas GRIVEL, en qualité de directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (JO du 28 octobre 2021),

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée à Séverine LHOSTE-POULEN, responsable du Pôle gestion administrative du personnel, pour signer dans le cadre de la gestion de l'établissement public et pour son personnel :

- la correspondance courante de son service ;
- les demandes d'achats de biens ou de services adressées au Secrétariat général ;
- les validations du service fait ou la réception des biens et services livrés ;
- les ordres de mission du personnel en métropole, emportant validation des états de frais du personnel, les astreintes, les congés, les heures supplémentaires, les demandes de remboursement de frais de déplacement de personnel en France métropolitaine, les primes de poste dont le montant est inférieur à 45 000 € H.T, l'enregistrement des heures correspondantes aux mandats de représentation du personnel, les bordereaux d'état de charges sociales, l'ordonnancement des dépenses relatives aux cotisations sociales versées par l'établissement public, l'ordonnancement des dépenses et recettes de personnel, dont le montant est inférieur à 90 000 € H.T.

Article 2

La délégation objet de la présente décision est accordée à l'exclusion expresse de toute situation présentant un conflit d'intérêt pour le délégataire.

Article 3

La secrétaire générale et le directeur comptable et financier sont chargés, chacun pour ce qui les concerne, de l'exécution de la présente décision.

Article 4

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité ainsi qu'au Recueil des actes administratifs de la préfecture de Paris ainsi que sur le site internet www.caf.fr.

Fait le 31 mars 2022.

Le directeur général,
Nicolas GRIVEL

Caisse nationale des allocations familiales

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature

NOR : SSAX2230379S

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

Vu le code du travail ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration ;

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

Vu la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique et notamment son article 2 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu le décret du 27 octobre 2021 portant nomination de Monsieur Nicolas GRIVEL, en qualité de directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (JO du 28 octobre 2021),

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée à Stéphane CASSAT, directeur du Département des affaires juridiques et de la commande publique, à la présente décision pour signer dans le cadre de la gestion de l'établissement public et pour son personnel :

- la correspondance courante de son département ;
- tous actes et décisions relevant du pouvoir adjudicateur dans le cadre de la réglementation de la commande publique sans limitation de montant ;
- les engagements de dépense (créations, modifications et annulations), les commandes d'investissement et de fonctionnement de toutes natures et sans limitation de montant ;
- les actes relevant de l'ordonnancement relatif aux dépenses d'investissement et de fonctionnement de toutes natures, recettes, paiements et reversements (créations, modifications, annulations) sans limitation de montant ;
- les demandes d'achat de biens ou de services adressées au Secrétariat général ;
- l'attestation de réception de travaux, de fournitures de biens et de services fait et sans limitation pour tous les services de l'établissement public ;
- les ordres de mission du personnel emportant validation des états de frais du personnel ;
- l'inscription à Télérecours, l'application informatique des juridictions administratives chargée d'assurer la gestion des téléprocédures contentieuses administratives ;
- les formulaires de remise et de restitution de matériels hors informatique et hors téléphonie ;
- les bons de livraison.

Article 2

En l'absence de la secrétaire générale, mandat est donné en ce qui concerne les actes de procédures devant être accomplis conformément aux dispositions du code de procédure pénale, notamment la signature des plaintes.

En l'absence de la secrétaire générale et de la secrétaire générale adjointe, délégation supplémentaire est donnée pour :

- signer la correspondance courante du Secrétariat général ;
- signer les actes relevant de l'ordonnancement relatifs aux dépenses de personnel (paie, charges sociales, etc…) sans limitation de montant ;
- signer les contrats de travail à durée indéterminée ou à durée déterminée à l'exception de ceux concernant les agents de direction ;
- signer des ordres de mission du personnel de la CNAF hors métropole emportant validation des états de frais du personnel.

En l'absence de la secrétaire générale, de la secrétaire générale adjointe, de la directrice du Département de l'optimisation et des moyens et du directeur du Département patrimoine, sécurité et logistique, délégation supplémentaire est donnée pour signer les virements de crédits budgétaires, sans limitation de montant.

Article 3

Le délégataire accepte la délégation qui lui est confiée en toute connaissance de cause et en accepte les conséquences. La présente délégation est consentie pour une durée indéterminée et pourra être révoquée à tout moment.

Article 4

La délégation objet de la présente décision est accordée à l'exclusion expresse de toute situation présentant un conflit d'intérêt pour le délégataire.

Article 5

La secrétaire générale et le directeur comptable et financier sont chargés, chacun pour ce qui les concerne, de l'exécution de la présente décision.

Article 6

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité ainsi qu'au Recueil des actes administratifs de la préfecture de Paris ainsi que sur le site internet www.caf.fr.

Fait le 31 mars 2022.

Le directeur général,
Nicolas GRIVEL

Caisse nationale des allocations familiales

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature

NOR : SSAX2230380S

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration ;

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

Vu la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique et notamment son article 2 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu le décret du 27 octobre 2021 portant nomination de Monsieur Nicolas GRIVEL, en qualité de directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (JO du 28 octobre 2021),

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée aux agents visés en annexe à la présente décision pour signer dans le cadre de la gestion de l'établissement public :

- les formulaires de remise et de restitution de matériels informatiques et de téléphonie ;
- les bons de livraison.

Article 2

La délégation objet de la présente décision est accordée à l'exclusion expresse de toute situation présentant un conflit d'intérêt pour les délégataires.

Article 3

La secrétaire générale et le directeur comptable et financier sont chargés, chacun pour ce qui les concerne, de l'exécution de la présente décision.

Article 4

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité ainsi qu'au Recueil des actes administratifs de la préfecture de Paris ainsi que sur le site internet www.caf.fr.

Fait le 31 mars 2022.

Le directeur général,
Nicolas GRIVEL

Annexe

Nom	Prénom	Direction	Fonction
BILARD	Terence	Direction générale des systèmes d'information	Responsable du Support SI CNAF Site de Paris et Ile-de-France
BERNET	Thierry	Direction générale des systèmes d'information	Manager référent
DELEGLISE	Marc	Direction générale des systèmes d'information	Manager référent
GAILLARD	Hervé	Direction générale des systèmes d'information	Référent
NÉE	Pierre	Direction générale des systèmes d'information	Adjoint au support
POIRIER	Nicolas	Direction générale des systèmes d'information	Référent
TOUATI	Johanna	Direction générale des systèmes d'information	Référent

Caisse nationale des allocations familiales

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature

NOR : SSAX2230381S

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

Vu le code du travail et notamment ses articles L. 2311-1 et suivants et L. 2313-7 ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration ;

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

Vu la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique et notamment son article 2 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu le décret du 27 octobre 2021 portant nomination de Monsieur Nicolas GRIVEL, en qualité de directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (JO du 28 octobre 2021),

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée à Vincent PRENVEILLE, directeur du Département patrimoine, sécurité et logistique et responsable du site de Rennes à la présente décision pour signer dans le cadre de la gestion de l'établissement public et pour son personnel :

- la correspondance courante de son département et de son site ;
- les ordres de mission du personnel en métropole emportant validation des états de frais du personnel ;
- les bons de livraison ;
- l'attestation de réception de travaux, de fournitures, de biens et de services fait sans limitation de montant ;
- les contrats de travail à durée indéterminée ou à durée déterminée à l'exception de ceux concernant les agents de direction ;
- pour son site, et pour les autres sites en cas d'absence de leur responsable de site : les ordres de mission du personnel en métropole, emportant validation des états de frais du personnel, les astreintes, les congés, les heures supplémentaires, les demandes de remboursement de frais de déplacement de personnel en France métropolitaine, les primes de poste dont le montant est inférieur à 45 000 € H.T ; l'enregistrement des heures correspondantes aux mandats de représentation du personnel, les bordereaux d'état de charges sociales, l'ordonnancement des dépenses relatives aux cotisations sociales

versées par l'établissement public, l'ordonnancement des dépenses et recettes de personnel, dont le montant est inférieur à 90 000 € H.T ;
- les demandes d'achats de biens ou de services relatives au fonctionnement de leur site ;
- la gestion du traitement des informations statistiques et des déclarations obligatoires ;
- les formulaires de remise et de restitution de matériels hors informatiques ou de téléphonie.

Article 2

En l'absence de la secrétaire générale, du directeur des achats et des affaires juridiques et de la secrétaire générale adjointe, délégation supplémentaire est donnée pour :

- signer tous actes et décisions relevant du pouvoir adjudicateur, dans le cadre de la réglementation de la commande publique sans limitation de montant ;
- les engagements de dépense (créations, modifications et annulations), les commandes d'investissement et de fonctionnement de toutes natures et sans limitation de montant ;
- les actes relevant de l'ordonnancement relatifs aux dépenses d'investissement ou de fonctionnement de toutes natures, recettes, paiements, reversements (créations, modifications, annulations) et aux dépenses de personnel (pour charges sociales, etc…) sans limitation de montant.

En l'absence de la secrétaire générale, de la secrétaire générale adjointe et de la directrice de l'optimisation et des moyens, délégation supplémentaire est donnée pour signer les virements de crédits budgétaires non soumis au conseil d'administration sans limitation de montant.

En l'absence de la secrétaire générale et de la secrétaire générale adjointe, délégation supplémentaire est donnée pour :

- signer la correspondance courante du Secrétariat général ;
- signer les actes relevant de l'ordonnancement relatifs aux dépenses de personnel (paie, charges sociales, etc…) sans limitation de montant ;
- signer des ordres de mission du personnel de la CNAF hors métropole emportant validation des états de frais du personnel.

Article 3

De déléguer, une partie de ses pouvoirs à Vincent PRENVEILLE pour, dans le cadre de ses fonctions et pour son site, représenter le directeur général de façon permanente en qualité de président du Comité social et économique (CSE) dans les relations sociales avec les représentants de proximité.
Dans le cadre de cette délégation permanente de pouvoir de représentation et compte tenu de ses compétences professionnelles, Vincent PRENVEILLE sera investi de l'intégralité des pouvoirs normalement dévolus au directeur général de la CNAF dans ses relations avec le CSE et les délégués du personnel du site conformément aux dispositions du code du travail.
Pour l'accomplissement de ses missions, Vincent PRENVEILLE disposera de tous les moyens matériels, techniques et financiers nécessaires.
Vincent PRENVEILLE pourra engager les dépenses utiles à la bonne exécution de la présente délégation dans la limite de 39 000 € H.T.
La présente délégation ne peut faire l'objet d'aucune subdélégation.

Article 4

Le délégataire accepte la délégation qui lui est confiée en toute connaissance de cause et en accepte les conséquences. La présente délégation est consentie pour une durée indéterminée et pourra être révoquée à tout moment.

Article 5

La délégation objet de la présente décision est accordée à l'exclusion expresse de toute situation présentant un conflit d'intérêt pour le délégataire.

Article 6

La secrétaire générale et le directeur comptable et financier sont chargés, chacun pour ce qui les concerne, de l'exécution de la présente décision.

Article 7

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité ainsi qu'au Recueil des actes administratifs de la préfecture de Paris ainsi que sur le site internet www.caf.fr.

Fait le 31 mars 2022.

Le directeur général,
Nicolas GRIVEL

Caisse nationale des allocations familiales

Décision du 31 mars 2022 portant délégation de signature

NOR : SSAX2230382S

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration ;

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

Vu la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique et notamment son article 2 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu le décret du 27 octobre 2021 portant nomination de Monsieur Nicolas GRIVEL, en qualité de directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (JO du 28 octobre 2021),

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée à Vincent RAVOUX, directeur général délégué chargé des systèmes d'information de la CNAF, pour signer dans le cadre de la gestion de l'établissement public et pour son personnel les pièces suivantes :

- la correspondance courante de sa direction ;
- les demandes d'achats de biens ou de services adressées au Secrétariat général ;
- pour les marchés relevant de la Direction générale déléguée chargée des systèmes d'information, les courriers ou actes relevant du pouvoir adjudicateur dans le cadre de la réglementation des marchés publics et ayant pour objet exclusivement (liste limitative) :
    - les réponses aux demandes de renseignements complémentaires formulées par des candidats souhaitant répondre à une consultation,
    - les tableaux d'ouverture des plis en commission d'ouverture des plis et le registre d'arrivée des plis,
    - les demandes de compléments de candidature,
    - les demandes de précisions sur les offres des candidats.
- les validations du service fait ou la réception des biens et services livrés ;
- les ordres de mission du personnel en métropole emportant validation des états de frais du personnel ;
- les formulaires de remise et de restitution de matériels informatiques ou téléphoniques ;
- les bons de livraison.

Article 2

Délégation est donnée à Vincent RAVOUX, directeur général délégué chargé des systèmes d'information, à effet de signer tout ordonnancement ou document entrant dans le champ des compétences du directeur général en cas d'absence ou d'indisponibilité :

- du directeur général ;
- de la secrétaire générale ;
- du directeur général délégué chargé du pilotage stratégique et de la coordination des évaluations ;
- du directeur général délégué chargé des politiques familiales et sociales ;
- du directeur général délégué chargé du réseau.

Article 3

La délégation objet de la présente décision est accordée à l'exclusion expresse de toute situation présentant un conflit d'intérêt pour le délégataire.

Article 4

La secrétaire générale et le directeur comptable et financier sont chargés, chacun pour ce qui les concerne, de l'exécution de la présente décision.

Article 5

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité ainsi qu'au Recueil des actes administratifs de la préfecture de Paris ainsi que sur le site internet www.caf.fr.

Fait le 31 mars 2022.

Le directeur général,
Nicolas GRIVEL

GOUVERNEMENT
Liberté
Égalité
Fraternité

INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DIPLP/DGOS/DIHAL/2022/96 du 1er avril 2022 relative au soutien psychologique des personnes en situation de grande précarité dans les centres d'hébergement et lieux d'accueil

Le ministre des solidarités et de la santé
La ministre déléguée auprès de la ministre de
la transition écologique, chargée du Logement

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Copie à :

Mesdames et Messieurs les préfets de région
Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux de l'économie,
de l'emploi, du travail et des solidarités
Monsieur le directeur régional et interdépartemental de l'économie,
de l'emploi, du travail et des solidarités
Mesdames et Messieurs les directeurs de l'économie,
de l'emploi, du travail et des solidarités
Mesdames et Messieurs les commissaires à la lutte contre la pauvreté

Référence	NOR : SSAH2210741J (numéro interne : 2022/96)
Date de signature	01/04/2022
Emetteurs	Ministère des solidarités et de la santé Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté Direction générale de l'offre de soins Ministère de la transition écologique Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement
Objet	Soutien psychologique des personnes en situation de grande précarité dans les centres d'hébergement et lieux d'accueil.
Commande	Favoriser le recrutement de professionnels apportant un soutien psychologique en structures d'hébergement et d'accueil.
Actions à réaliser	Au regard de leur connaissance des besoins, des acteurs locaux et des problématiques territoriales, les agences régionales de santé (ARS) sont invitées, en lien avec les délégations régionales à l'économie, l'emploi, le travail et les solidarités (DREETS), à identifier les territoires prioritaires pour la mise en œuvre de cette mesure en 2022, et les structures partenaires à solliciter.

Echéance	30 juin 2022
Contacts utiles	Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté Chloé RAVOUNA Tél. : 01 40 56 88 17 Mél. : chloe.ravouna@sante.gouv.fr Sous-direction de la régulation de l'offre de soins Bureau prises en charge post-aiguës, pathologies chroniques et en santé mentale (R4) Wuthina CHIN Tél. : 01 40 56 77 11 Mél. : wuthina.chin@sante.gouv.fr Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement Pascale ESTECAHANDY Tél. : 01 40 81 33 95 Mél. : pascale.estecahandy@dihal.gouv.fr
Nombre de pages et annexe	7 pages
Résumé	La mesure 9 issue des assises de la santé mentale et de la psychiatrie vise à faciliter la prise en charge psychologique des personnes en situation de précarité dans les centres d'hébergement et lieux d'accueil. La présente instruction précise ses modalités de mise en œuvre et de financement (10 millions d'euros en 2022, puis 20 en 2023 et 30 par an à compter de 2023).
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle Calédonie et de Wallis et Futuna.
Mots-clés	Assises de la santé mentale et de la psychiatrie Psychologues - IPA en santé mentale - Centres d'hébergement - Accueils de jour - Personnes en situation de grande précarité - Établissements de santé - PASS - EMPP - Etablissements et services sociaux et médico-sociaux - Précarité.
Classement thématique	Santé publique
Textes de référence	Néant
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Délégations territoriales ou départementales des agences régionales de santé (DTARS/DDARS), directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités (DDETS).
Validée par le CNP le 1er avril 2022 - Visa CNP 2022-35	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

Pour renforcer l'accompagnement en santé mentale des publics en situation de grande précarité, la mesure 9 des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie vise à permettre le recrutement de façon pérenne de professionnels, en priorité des psychologues, qui pourront apporter un soutien psychologique aux personnes accueillies dans les structures d'hébergement et d'accueil, en particulier les accueils de jour, les centres d'hébergement d'urgence ou de stabilisation et les centres d'hébergement et de réinsertion sociale. Pour la première année de mise en œuvre, les dotations des budgets Fonds d'Intervention Régional (FIR) des agences régionales de santé (ARS) ont été construites en intégrant 10 millions d'euros au regard de ce besoin. Conformément aux annonces issues des Assises, ce financement sera augmenté de 10 millions d'euros en 2023 puis sera porté à 30 millions d'euros par an à partir de 2024. Ces crédits doivent permettre d'accompagner un recrutement de l'ordre de 500 professionnels intervenant dans les structures d'hébergement et d'accueil.

La présente instruction précise les modalités de mise en œuvre de cette mesure, concernant le recrutement, les missions de ces professionnels et leur rattachement au système de santé, le mode de financement et la répartition des crédits, ainsi que les modalités de suivi. Elle précise enfin les actions à réaliser par les ARS et les DREETS.

1. Profils et missions des professionnels

1.1 Profils des professionnels ciblés

La mesure 9 des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie prévoit le recrutement pérenne de professionnels, échelonné sur trois ans, afin d'apporter un soutien psychologique et psychosocial aux personnes accueillies en structures d'hébergement et en accueils de jour. La cible sous-jacente en termes de nombre de professionnels recrutés est de 500.

Pour assurer cette prise en charge, doivent être recrutés en priorité des psychologues et des infirmiers en pratique avancée (IPA) mention santé mentale et psychiatrie ou infirmiers formés ou expérimentés en santé mentale. Ils peuvent être salariés par leur structure de rattachement ou rémunérés à la vacation.

Pour la première année de mise en œuvre, le recrutement de psychologues est privilégié étant donné le faible nombre disponible d'IPA en santé mentale formés.

L'objectif de la mesure est d'étoffer les équipes avec des personnels ayant une formation clinique : le recrutement de travailleurs sociaux (éducateurs spécialisés, etc.) n'a donc pas vocation à être intégré dans le périmètre des actions subventionnées au titre de la mise en œuvre de la mesure 9.

1.2 Missions

La mission principale de ces professionnels est le soutien psychologique et/ou psychosocial aux personnes hébergées et accompagnées en accueil de jour, dans toute sa pluralité de modes d'interventions (consultations individuelles, groupes de parole, thérapies brèves, entretiens formels/informels, dedans/dehors, en passant par la parole ou le corps, statique/en mouvement, etc.). Le suivi des personnes par un même professionnel est privilégié, afin d'établir le lien de confiance et de faciliter l'orientation par les professionnels des établissements sociaux. Ce suivi est gratuit pour la personne (il ne fait l'objet d'aucune facturation à l'assurance maladie) et n'est pas limité *a priori* dans le temps (une seule consultation peut suffire pour certaines personnes, alors que pour d'autres un suivi sur plusieurs mois sera nécessaire).

L'appréciation est en outre laissée aux professionnels, en accord avec la personne, de l'opportunité, lorsque le moment sera venu ou lorsque l'état de santé de la personne le nécessite, d'une poursuite du suivi de la personne dans le droit commun.

La mission secondaire est la coordination, en premier lieu avec les professionnels des structures sociales dans lesquelles les psychologues et les IPA interviendront et, également, avec l'ensemble des acteurs du système de soins, particulièrement dans le champ de la santé mentale et de la psychiatrie. Ce temps de coordination facilite le parcours de soins des

personnes, que ce soit en amont (repérage et orientation vers les psychologues ou IPA) ou en aval (faciliter l'orientation des situations complexes vers le système de soins spécialisés). Tout au long du parcours d'accompagnement, les psychologues et IPA ont donc un rôle essentiel dans la coordination entre leur propre intervention, les autres professionnels du soin et ceux de l'accompagnement social, tant les problématiques sanitaires et sociales sont imbriquées dans le parcours d'insertion des personnes et nécessitent une réponse globale et concertée.

Ainsi, les professionnels pourront, par exemple, dédier deux tiers de leur temps à la prise en charge psychologique/psychosociale directe, et un tiers à la coordination.

Les psychologues et IPA recrutés interviennent au sein des structures d'hébergement ou d'accueil de jour et n'ont pas vocation à effectuer des missions de repérage lors d'actions d'aller-vers, ni à former les professionnels des structures d'hébergement et d'accueils à la prise en charge des troubles de santé mentale. Cette mission de formation ou sensibilisation des professionnels du social aux problématiques de santé mentale des personnes précaires peut en effet déjà être assurée dans le cadre de dispositifs existants. Ainsi, les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), dont les effectifs ont été renforcés grâce à la mesure 27 de lutte contre les inégalités de santé du Ségur de la santé, ont vocation à assurer ces missions en première instance conformément à leur cahier des charges[1]. La formation des équipes des structures d'hébergement et d'accueil pourra également être notamment assurée dans le cadre du déploiement des formations aux premiers secours en santé mentale (PSSM).

1.3 Publics visés

Les publics qui seront accompagnés par les professionnels recrutés sont en priorité les 130 000 personnes hébergées dans les structures d'hébergement que sont les centres d'hébergement d'urgence ou de stabilisation (CHU/CHS) et les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) généralistes, ainsi que celles accompagnées dans les 433 accueils de jour conventionnés avec l'Etat. En effet, ces personnes, malgré des troubles psychiques (souffrance psychique, pathologies mentales, consommation de substances psychoactives) plus élevés qu'en population générale, ne recourent ou n'accèdent pas ou peu aux soins, ce du fait de barrières psychologiques, culturelles, linguistiques, financières, ainsi que d'accessibilité du système de santé pour les personnes qui en sont éloignées. Il est donc primordial de faciliter leur prise en charge directe sur leurs lieux de vie et d'accueil, selon des modalités plurielles tenant compte de ces barrières et en favorisant, notamment, le recours à des services d'interprétariat professionnel pour les personnes allophones. Il est toutefois précisé que les établissements et services du dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile (DNA) et les centres provisoires d'hébergement (CPH) pour réfugiés ne sont pas ciblés de manière prioritaire par cette mesure.

2. Modalités de rattachement de ces professionnels au système de santé

Au regard de leur connaissance des besoins, des acteurs locaux et des problématiques territoriales, les ARS sont invitées, en lien avec les DREETS, à identifier tout d'abord les structures d'hébergement et d'accueil les plus en besoin pour cette première année de mise en œuvre de cette politique, dans lesquelles interviendront les professionnels. Ensuite, les ARS analysent, en fonction des ressources de leur territoire, les options en termes de structures qui pourront recevoir les crédits relatifs au recrutement des personnels et assurer les missions qui leur sont assignées, en privilégiant le rattachement à une structure de soin (sanitaire ou médico-sociale).

Différentes options sont donc possibles, détaillées ci-dessous, présentant chacune divers avantages et limites.

[1] CIRCULAIRE N° DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B/521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

Dans tous les cas, les missions de ces professionnels, conformes aux orientations énoncées supra, devront être explicitement spécifiées et distinguées du reste de l'activité de leur structure de rattachement : fiche de poste spécifique, *convention ad hoc* entre la structure de rattachement et la structure sociale d'accueil / de lieu d'exercice de l'activité des professionnels… Pourront à cette occasion être précisées les modalités d'adressage vers ces professionnels et le public cible.

Ainsi, quel que soit le type de structuration retenue localement pour la mise en œuvre de cette mesure, une vigilance particulière devra être apportée afin que ces postes et les missions qui s'y rattachent soient bien singularisés de manière pérenne au sein des structures de rattachement, et ne se transforment pas à terme en un simple renfort d'équipes, afin de pourvoir à des besoins généraux non couverts par ailleurs.

2.1 Le rattachement aux EMPP

Un rattachement des professionnels aux équipes mobiles psychiatrie précarité présente l'intérêt pour ces professionnels d'être directement intégrés à une équipe intervenant déjà, de manière spécifique, auprès de ces mêmes publics et structures, et ainsi déjà spécialisée en précarité et santé mentale, la spécificité des psychologues et IPA de la présente mesure étant alors d'assurer en tant que de besoin une prise en charge au long cours. Ces professionnels bénéficieraient donc dès leur arrivée du maillage partenarial de l'EMPP et des éventuels protocoles déjà mis en place par cette dernière, et ne seraient pas confrontés aux difficultés d'une pratique isolée.

Ces professionnels psychologues ou IPA ne devront cependant en aucun cas être considérés comme un simple renfort des EMPP : il s'agit bien de postes avec des missions distinctes et spécifiques, pratiquant une intervention directe et régulière dans les structures pour une prise en charge possible au long cours. Leur périmètre géographique d'intervention pourra ainsi être différent de celui de leur EMPP de rattachement, si les besoins le justifient.

2.2 Le rattachement aux PASS

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) présentent l'avantage d'être bien identifiées par les acteurs du territoire accompagnant des publics en situation de précarité. Le rattachement des professionnels à ces structures apporterait ainsi une cohérence de mission, d'intervention de proximité au sein d'un réseau bien établi, et bénéficierait d'un partage facilité des pratiques avec des pairs ainsi que des actions menées par la coordination régionale des PASS, le cas échéant (une coordination régionale des PASS étant mise en place dans la majorité des régions). Il est toutefois rappelé que les professionnels ont vocation à intervenir dans les structures d'hébergement et accueils de jour et non sur le lieu de la PASS.

2.3 Le rattachement aux équipes mobiles santé précarité[2]

Ces équipes pluridisciplinaires mobiles sont composées a minima d'un infirmier et d'un professionnel du travail social. Un rattachement à ce dispositif peut s'avérer particulièrement pertinent lorsque ces équipes sont déjà dédiées, sur un territoire, à l'intervention en secteur « Accueil, Hébergement, Insertion » (AHI).

Le rattachement à d'autres équipes médico-sociales pluridisciplinaires telles que les ACT hors les murs peut de la même façon être envisagé.

[2] INSTRUCTION N° DGCS/1B/3A/5C/DSS/1A/DGS/SP2/SP3/2021/231 du 17 novembre 2021 complémentaire à l'instruction N° DGCS/1B/3A/5C/DSS/1A/DGS/SP2/SP3/2021/120 du 8 juin 2021 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2021 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 »

2.4 Le rattachement aux structures sociales

Cette option s'avère pertinente lorsque le professionnel intervient dans une structure mono ou multi sites accueillant un nombre élevé de personnes.

Cependant, ce type de rattachement n'est en général pas à privilégier dans la mesure où il présente l'inconvénient de ne pas directement intégrer les professionnels dans un réseau sanitaire et notamment de santé mentale. Le risque est double, d'une part de freiner les échanges de pratiques entre pairs et d'autre part de rendre plus complexes les orientations vers les structures de soin en santé mentale du territoire.

2.5 Autres organisations possibles

Compte tenu de l'offre de soins dans certains territoires notamment ultramarins, les ARS ont également la possibilité de rattacher ces postes à des centres ou maisons de santé, selon les dynamiques locales constatées et accompagnées par les agences. Dans tous les cas et quelle que soit la configuration retenue, l'ARS pilote et suit la déclinaison opérationnelle de cette mesure en lien avec les DREETS/DEETS.

Afin de garantir une cohérence d'intervention des professionnels en charge de la mise en œuvre de cette mesure, il est préconisé de limiter, en termes de quantité et de périmètre géographique, le nombre de structures sociales dans lesquelles chaque professionnel aura à intervenir ; et de veiller à une relative harmonisation des pratiques et protocoles d'intervention pour un professionnel donné.

3. Financement et répartition des crédits

Le premier arrêté FIR des ARS de 2022 a été construit en intégrant une estimation de besoin de financement de 10 millions d'euros au regard de la première année de montée en charge du dispositif[3]. Les dotations des ARS de 2023 puis 2024 seront construites en intégrant chaque année 10 millions d'euros supplémentaires, afin de constituer une base pérenne de financement de 30 millions d'euros à compter de 2024.

4. Modalités de suivi

Quatre indicateurs quantitatifs de suivi national sont établis :

- le nombre d'ETP recrutés par type de professionnels (psychologues, IPA en santé mentale et psychiatrie) ;
- la file active suivie par les professionnels recrutés (nombre de patients vus par le professionnel au moins une fois dans l'année civile), et en n+1 le nombre de nouveaux patients inclus dans la file active ;
- le nombre de structures couvertes et le type (CHU / CHRS / accueil de jour) ;
- le niveau de dépense des ARS au regard de la mise en œuvre de cette mesure[4].

Le suivi de ces indicateurs sera effectué auprès des ARS deux fois par an par le ministère des solidarités et de la santé et la délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement, au 30 juin et au 31 décembre. Concernant les PASS et les EMPP, des travaux nationaux seront engagés afin d'intégrer en 2023 ces indicateurs aux rapports d'activité nationaux de ces structures sur la plateforme PIRAMIG.

Au niveau territorial, l'inscription de cette action au sein des projets territoriaux en santé mentale (PTSM) est recommandée.

---

[3] La répartition régionale a été réalisée selon le nombre de places d'hébergement (60% de la dotation) et d'accueil de jour (20%) par région, et selon un critère populationnel (20%).

[4] Les dépenses devront être rattachées à l'imputation FIR en cours de création pour cette mesure, qui sera communiquée ultérieurement.

5. Actions à réaliser

Au regard de leur connaissance des besoins, des acteurs locaux et des problématiques territoriales, les ARS sont invitées, en lien avec les DREETS, à identifier d'une part les territoires les plus en besoin pour cette première année de mise en œuvre de cette politique, et d'autre part les structures de rattachement de ces professionnels ainsi que les structures sociales où ils interviendront.

Les ARS ainsi que les DREETS veilleront à favoriser et accompagner le recrutement des professionnels dans les meilleurs délais possibles.

Vu au titre du CNP par le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales,

signé

Etienne CHAMPION

Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins par intérim,

signé

Cécile LAMBERT

Pour la ministre et par délégation :
Le délégué interministériel à l'hébergement et à l'accès au logement

signé

Sylvain MATHIEU

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

INSTRUCTION N° DGOS/R1/2022/93 du 4 avril 2022 relative aux consignes d'évolution des tarifs journaliers de prestations (TJP) applicables aux établissements de santé issus de la tarification nationale journalière des prestations (TNJP) au titre de l'année 2022

Le ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SSAH2210622J (numéro interne : 2022/93)
Date de signature	04/04/2022
Emetteur	Ministère des solidarités et de la santé Direction générale de l'offre de soins
Objet	Consignes d'évolution des tarifs journaliers de prestations (TJP) applicables aux établissements de santé issus de la tarification nationale journalière des prestations (TNJP) au titre de l'année 2022.
Commande	Préciser les consignes d'évolutions des tarifs des prestations aux établissements de santé.
Action à réaliser	Notifier par arrêté les tarifs des prestations aux établissements de santé
Echéance	Avril 2022
Contact utile	Sous-direction de la régulation de l'offre de soins Bureau de la synthèse organisationnelle et financière Claire MONTETE Tél. : 01 40 56 46 41 Mél. : claire.montete@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	5 pages + 2 annexes (6 pages) Annexe 1 - Table de correspondance entre les TNJP et les DMT pour les établissements de santé visés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (ex-DG) Annexe 2 - Table de correspondance entre les TNJP et les DMT pour les les établissements de santé visés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (ex-OQN)
Résumé	La présente instruction vise à demander aux agences régionales de santé de procéder à la notification des tarifs journaliers de prestations (TJP) des établissements de santé au titre l'année 2022, issus de la tarification nationale journalière de prestations, pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), d'hospitalisation à domicile (HAD) et de psychiatrie. Pour les activités de

	soins de suite et de réadaptation (SSR), il est demandé aux agences régionales de santé (ARS) de procéder à la mise à jour des tarifs journaliers de prestation (TJP) des établissements de santé au titre de l'année 2022.
Mention Outre-mer	Les dispositions s'appliquent à ces territoires.
Mots-clés	Tarifs journaliers de prestations - ticket modérateur.
Classement thématique	Etablissements de santé
Textes de référence	- Code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-22-9 et L. 162-22-18 ; - Code de la santé publique, notamment ses articles L. 6122-6 et R. 6145-22 - Décret n° 2016-650 du 20 mai 2016 portant encadrement de l'augmentation des tarifs de prestations servant de base au calcul de la participation de l'assuré aux frais d'hospitalisation ; - Décret n° 2021-1855 du 28 décembre 2021 relatif à la tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés ; - Arrêté du 28 décembre 2021 fixant pour la période du 1er janvier 2022 au 31 décembre 2025 la tarification nationale journalière des prestations des établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant des activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 du même code ; - Arrêté du 28 décembre 2021 fixant pour la période du 1er janvier 2022 au 31 décembre 2025 la tarification nationale journalière des prestations des établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant des activités mentionnées au 2° de l'article L. 162-22 du même code.
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Néant
Validée par le CNP le 6 avril 2022 - Visa CNP 2022-41	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

La présente instruction vise à préciser les consignes d'évolutions des tarifs des prestations qui servent de base au calcul de la participation des assurés dans le champ hospitalier (ticket modérateur), ainsi qu'au remboursement des soins des patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français (i.e. conventions internationales), et des soins des patients bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat (AME) et des soins urgents[1].

[1] L'instruction est complétée par une foire aux questions élaborée à partir des réponses apportées aux ARS dans le cadre du déploiement de la réforme au 1er janvier 2022 et des fiches d'information élaborées par la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) sur les impacts de la réforme sur la facturation des établissements de santé. Ces éléments sont accessibles via le lien suivant : https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/simphonie/outilsnumeriques

L'article 35 modifié de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2020 prévoit la création d'une tarification nationale journalière de prestation à compter du 1er janvier 2022. Pour le champ d'activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), cette évolution ne concerne que les établissements de santé anciennement financés sous dotation globale (ex DG), les règles s'appliquant aux établissements du secteur antérieurement sous objectif national quantifié (ex OQN) n'évoluant pas (facturation du ticket modérateur sur la base des groupes homogènes de séjour – GHS).

S'agissant du champ de la psychiatrie, l'ensemble des établissements financés sont concernés, qu'ils soient antérieurement financés sous dotation annuelle de financement (DAF) ou sous objectif national quantifié (OQN).

S'agissant des établissements exerçant une activité de soins de suite et de réadaptation (SSR), la facturation du ticket modérateur reste inchangée en 2022 en raison du report de la réforme du financement des activités de SSR au 1er janvier 2023.

I. Evolution de la tarification nationale journalière de prestations (TNJP) pour les champs du MCO et de l'HAD (ex DG) et de la psychiatrie (ex-DAF et ex-OQN)

➢ Principes de la réforme

La réforme du calcul du ticket modérateur des patients hospitalisés consiste à remplacer les tarifs journaliers de prestations, déterminés pour chaque établissement, par une nomenclature simplifiée et unifiée au niveau national comme base du calcul de la participation des patients, à compter du 1er janvier 2022.

La nomenclature introduite par l'article 35 de la LFSS pour 2020 vise ainsi à créer des tarifs nationaux journaliers de prestations (TNJP) identiques sur l'ensemble du territoire pour chaque catégorie d'établissements. Ainsi dans le cadre de la réforme, les tarifs de prestation antérieurement notifiés aux établissements de santé ne sont plus applicables et il n'existe plus de faculté laissée aux ARS et aux établissements de déterminer des tarifs propres à chaque région ou établissement qui différeraient de la grille TNJP ou des critères d'affectation de grille de TNJP arrêtés au niveau national. De même, au niveau des systèmes d'information de facturation, la mise en oeuvre de la tarification nationale journalière des prestations se traduit par la création de nouvelles valeurs de disciplines médico-tarifaires (DMT) se substituant aux anciennes valeurs de DMT selon le principe suivant : à un tarif national journalier de prestations (TNJP) correspond une et une seule valeur de DMT, définie au niveau national.

Pendant la période comprise entre le 1er janvier 2022 et le 31 décembre 2025 et afin de lisser les effets revenus de la réforme, les tarifs applicables à l'établissement et issus des tarifs nationaux journaliers de prestations (TNJP) sont pondérés par un coefficient de transition propre à chaque établissement.

Le décret et les arrêtés du 28 décembre 2021 susvisés viennent préciser les missions des ARS dans le cadre de la notification des tarifs journaliers de prestation, ainsi que les modalités de gestion des cas particuliers liés notamment à la création, la fusion ou au regroupement d'établissements de santé.

➢ Consignes d'évolution des tarifs nationaux journaliers de prestation

La tarification nationale journalière de prestation est arrêtée annuellement par les ministres de la santé et de la sécurité sociale en tenant compte de l'évolution des objectifs de dépense mentionnés aux articles L. 162-22-9 et L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale.

Dans les quinze jours suivant la publication des arrêtés nationaux fixant la TNJP pour chaque catégorie d'établissement, vous veillerez à fixer pour chaque établissement la valeur du coefficient de transition ainsi que la valeur des TNJP pondérés par ce coefficient lui étant applicable. Ce coefficient tient compte de la comparaison entre les

recettes de ticket modérateur facturées en 2019 par les établissements de santé et les recettes théoriques issues de la tarification nationale journalière des prestations, à périmètre d'activités identique.

La catégorie d'établissement de l'échelle des TNJP à laquelle appartient chaque établissement de santé est arrêtée selon les données définies par les arrêtés nationaux, et reste la même pendant toute la période de transition, sauf pour les cas particuliers détaillés en partie suivante.

Ces arrêtés doivent également mentionner la correspondance entre codes tarifaires et disciplines médico-tarifaires (DMT) afin de sécuriser le paramétrage des systèmes d'information (SI) de facturation et permettre aux établissements la facturation de ces tarifs. **Je vous rappelle que les établissements de santé ne sont autorisés à pratiquer les tarifs nationaux de prestations que pour les seules activités pour lesquelles ils sont autorisés.** Vous veillerez à ce que les établissements de santé procèdent au paramétrage de leur SI de facturation dans les conditions définies par la présente instruction et que l'ensemble de leurs activités soient exclusivement reclassées dans la nouvelle nomenclature nationale.

- Consignes de gestion des cas particuliers pour l'affectation de la TNJP et du calcul du coefficient de transition

a. Cas particuliers de changement de la TNJP affectée à un établissement

Pour les établissements créés à partir du 1er janvier 2022, vous pourrez changer annuellement la catégorie de TNJP à laquelle appartient chacun de ces établissements de santé, en cas d'évolution des critères définis par les grilles de TNJP.
En cas d'évolutions de la situation de ces établissements telles qu'elles nécessitent une modification de leur classification dans une catégorie de TNJP, vous notifierez ce changement par un arrêté modificatif à chaque établissement concerné.

Dans le cadre d'un regroupement mentionné à l'article L. 6122-6 du code de la santé publique, **ou d'une fusion entre plusieurs établissements**, vous arrêterez, en cas d'évolution entrainant une modification de la catégorie de TNJP, une nouvelle tarification journalière des prestations applicable à l'établissement. Ainsi pour le champ MCO, la nouvelle catégorie de TNJP est fondée sur la somme des données d'activité médicale relatives aux hospitalisations en 2019, ou le cas échéant des données relatives aux produits de l'activité hospitalière versés par l'assurance maladie au titre de l'année 2019. Pour les champs HAD (hôpital à domicile) et PSY (psychiatrie), ce sont les catégories d'activité et d'exercice du nouvel établissement qui permettront de définir la nouvelle catégorie de TNJP.

b. Cas particuliers de calcul du coefficient de transition

En cas de regroupement ou de fusion entre plusieurs établissements, le coefficient de transition applicable est la moyenne des coefficients de transition des établissements impliqués, pondérée par les recettes théoriques au titre de l'année 2019, issues de la tarification nationale journalière des prestations 2019. Vous pourrez être amené à prendre un arrêté modificatif dans ces situations.

Pour les établissements n'ayant pas communiqué, en tout ou partie, les données permettant le calcul du coefficient de transition et sans préjudice d'un rattrapage sur les années ultérieures, le coefficient de transition est établi sur la base des données disponibles d'une année ultérieure ou, à défaut, est fixé à 1. En cas de transmission de données complémentaires vous pourrez le cas échéant notifier un nouveau coefficient de transition par arrêté modificatif.

Pour les établissements créés en 2020 ou 2021, le coefficient est établi sur la base des données de l'année 2021.

Pour ceux créés à compter du 1er janvier 2022, le coefficient de transition est fixé à 1.

- Actualisation des tarifs 2022

Pour l'année 2022, première année de mise en œuvre de la réforme, la mise à jour des tarifs arrêtés au 1er janvier 2022 est effective depuis le 1er mars 2022. A partir de 2023, les tarifs ne seront mis à jour qu'une fois par an, le 1er mars de chaque année.

Pour l'année 2022, le coefficient a été fixé au 1er janvier 2022 et s'applique jusqu'au 1er mars 2023.

Le taux d'évolution des TNJP pour l'année 2022 est établi à :
- **+ 2,72 % pour le champ MCO/HAD ;**
- **+ 2,62 % le champ PSY.**

II. Evolution des tarifs journaliers de prestations (TJP) pour le champ du SSR

L'évolution du niveau des tarifs journaliers de prestations (TJP) doit permettre de modérer l'hétérogénéité des TJP afin d'éviter les inégalités dans le reste à charge des patients entre établissements.

A ce titre, il est essentiel de veiller à ce que les règles de calcul énoncées, notamment dans le décret n° 2016-650 du 20 mai 2016, soient strictement respectées par les établissements de santé.

Vous veillerez plus particulièrement à ce que l'évolution des tarifs journaliers de prestations demeure modérée et n'excède pas, en tout état de cause, l'évolution des charges correspondantes des établissements concernés dans les conditions définies à l'article R. 6145-22 du code de la santé publique.

Vous voudrez bien me tenir informée des difficultés que vous pourriez rencontrer lors de la mise en œuvre de la présente instruction.

Vu au titre du CNP par le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales,

Etienne CHAMPION

Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins par intérim,

Cécile LAMBERT

Annexe 1

Table de correspondance entre les TNJP et les DMT pour les établissements de santé visés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (ex-DG)

Nouvelles "Catégorie de séjours" - créés par la réforme au 01/01/20222	Domaine	CODE TARIF (PORTES SUR LES AVENANTS TARIFAIRES DE L'ARS)	LIBELLE CODE TARIF (PORTES SUR LES AVENANTS TARIFAIRES DE L'ARS)	NOUVEAU CODE DMT	LIBELLE LONG NOUVELLE DMT	LIBELLE COURT NOUVELLE DMT	MT(s) COMPATIBLE(S)	LIBELLE MT(s)
Médecine UM gériatrie, addictologie, douleurs chroniques-HC	MCO	03	Médecine UM gériatrie, addictologie, douleurs chroniques-HC	210	MEDECINE UM GERIATRIE, ADDICTOLOGIE, DOULEURS CHRONIQUES-HC	MED GERIAT ADDIC DOUL CHRO-HC	03 20	HOSPITALISATION COMPLETE HOSPITALISATION DE SEMAINE
Médecine UM gériatrie, addictologie, douleurs chroniques-ambu	MCO	04	Médecine UM gériatrie, addictologie, douleurs chroniques-ambu	213	MEDECINE UM GERIATRIE, ADDICTOLOGIE, DOULEURS CHRONIQUES-AMBU	MED GERIAT ADDIC DOUL CHRO-AMB	22 04 05	HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL HOSPITALISATION DE JOUR HOSPITALISATION DE NUIT
Médecine autres UM-HC	MCO	11	Médecine autres UM-HC	216	MEDECINE AUTRES UM-HC	MED AUTRES UM-HC	03 20	HOSPITALISATION COMPLETE HOSPITALISATION DE SEMAINE
Médecine autres UM-ambu	MCO	50	Médecine autres UM-ambu	228	MEDECINE AUTRES UM-AMBU	MED AUTRES UM-AMB	22 04 05	HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL HOSPITALISATION DE JOUR HOSPITALISATION DE NUIT

Nouvelles "Catégorie de séjours" créés par la réforme au 01/01/20222	Domaine	CODE TARIF (PORTES SUR LES AVENANTS TARIFAIRES DE L'ARS)	LIBELLE CODE TARIF (PORTES SUR LES AVENANTS TARIFAIRES DE L'ARS)	NOUVEAU CODE DMT	LIBELLE LONG NOUVELLE DMT	LIBELLE COURT NOUVELLE DMT	MT(s) COMPATIBLE(S)	LIBELLE MT(s)
Médecine - GHS intermédiaire	MCO	48	Médecine - GHS intermédiaire	229	MEDECINE - GHS INTERMEDIAIRE	MED GHS INTERMEDIAIRE	19 22 04 05	TRAITEMENT ET CURES AMBULATOIRES HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL HOSPITALISATION DE JOUR HOSPITALISATION DE NUIT
Médecine - Administration des produits de la réserve hospitalière	MCO	45	Médecine - Administration des produits de la réserve hospitalière	231	MEDECINE - ADMINISTRATION DES PRODUITS DE LA RESERVE HOSPITALIERE	MED ADMIN RESERVE HOSPITALIERE	19 22 04 05	TRAITEMENT ET CURES AMBULATOIRES HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL HOSPITALISATION DE JOUR HOSPITALISATION DE NUIT
Spécialités couteuses	MCO	20	Spécialités couteuses	232	SPECIALITES COUTEUSES	SPECIALITEE COUTEUSES	03 20	HOSPITALISATION COMPLETE HOSPITALISATION DE SEMAINE
Spé très couteuses - REA	MCO	26	Spé très couteuses - REA	233	SPE TRES COUTEUSES - REA	SPE TRES COUTEUSES - REA	03 20	HOSPITALISATION COMPLETE HOSPITALISATION DE SEMAINE
Chirurgie - HC	MCO	12	Chirurgie - HC	234	CHIRURGIE - HC	CHIRURGIE - HC	03 20	HOSPITALISATION COMPLETE HOSPITALISATION DE SEMAINE
Chirurgie -ambu	MCO	90	Chirurgie -ambu	239	CHIRURGIE -AMBU	CHIRURGIE -AMB	23 22 04	CHIRURGIE OU ANESTHESIE AMBULATOIRE HOSPITALISATION A TEMPS
Obstétrique - HC	MCO	23	Obstétrique - HC	240	OBSTETRIQUE - HC	OBSTETRIQUE - HC	03 20	HOSPITALISATION COMPLETE HOSPITALISATION DE

Nouvelles "Catégorie de séjours" - créés par la réforme au 01/01/20222	Domaine	CODE TARIF (PORTES SUR LES AVENANTS TARIFAIRES DE L'ARS)	LIBELLE CODE TARIF (PORTES SUR LES AVENANTS TARIFAIRES DE L'ARS)	NOUVEAU CODE DMT	LIBELLE LONG NOUVELLE DMT	LIBELLE COURT NOUVELLE DMT	MT(s) COMPATIBLE(S)	LIBELLE MT(s)
Chirurgie -ambu	MCO	90	Chirurgie -ambu	239	CHIRURGIE -AMBU	CHIRURGIE -AMB	23 22 04 05	CHIRURGIE OU ANESTHESIE AMBULATOIRE HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL HOSPITALISATION DE JOUR HOSPITALISATION DE NUIT
Obstétrique - HC	MCO	23	Obstétrique - HC	240	OBSTETRIQUE - HC	OBSTETRIQUE - HC	03 20	HOSPITALISATION COMPLETE HOSPITALISATION DE SEMAINE
Obstétrique-ambu	MCO	24	Obstétrique-ambu	244	OBSTETRIQUE-AMBU	OBSTETRIQUE-AMB	22 04 05	HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL HOSPITALISATION DE JOUR HOSPITALISATION DE NUIT
Nouveaux Nés - HC	MCO	25	Nouveaux Nés - HC	245	NOUVEAUX NES - HC	NOUVEAUX NES - HC	03 20	HOSPITALISATION COMPLETE HOSPITALISATION DE SEMAINE
Séance chimiothérapie	MCO	53	Séance chimiothérapie	256	SEANCE CHIMIOTHERAPIE	SEANCE CHIMIOTHERAPIE	19 22 04 05	TRAITEMENT ET CURES AMBULATOIRES HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL HOSPITALISATION DE JOUR HOSPITALISATION DE NUIT
Séance dialyse	MCO	52	Séance dialyse	265	SEANCE DIALYSE	SEANCE DIALYSE	19 22 04 05	TRAITEMENT ET CURES AMBULATOIRES HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL HOSPITALISATION DE JOUR HOSPITALISATION DE NUIT

Nouvelles "Catégorie de séjours" créés par la réforme au 01/01/20222	Domaine	CODE TARIF (PORTES SUR LES AVENANTS TARIFAIRES DE L'ARS)	LIBELLE CODE TARIF (PORTES SUR LES AVENANTS TARIFAIRES DE L'ARS)	NOUVEAU CODE DMT	LIBELLE LONG NOUVELLE DMT	LIBELLE COURT NOUVELLE DMT	MT(s) COMPATIBLE(S)	LIBELLE MT(s)
Séance de protonthérapie	MCO	49	Séance de protonthérapie	272	SEANCE DE PROTONTHERAPIE	SEANCE DE PROTONTHERAPIE	19 22 04 05	TRAITEMENT ET CURES AMBULATOIRES HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL HOSPITALISATION DE JOUR HOSPITALISATION DE NUIT
Séances Radiot Hte Precision : stéréotaxie, Irradiation corporelle totale, autres techniques spéciales, RCMI	MCO	51	Séances Radiot Hte Precision : stéréotaxie, Irradiation corporelle totale, autres techniques spéciales, RCMI	274	SEANCES RADIOT HTE PRECISION : STEREOTAXIE, IRRADIATION CORPORELLE TOTALE, ETC	SEANCES RADIOT HTE PRECISION	19 22 04 05	TRAITEMENT ET CURES AMBULATOIRES HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL HOSPITALISATION DE JOUR HOSPITALISATION DE NUIT
Autres séances	MCO	27	Autres séances	275	AUTRES SEANCES	AUTRES SEANCES	19 22 04 05	TRAITEMENT ET CURES AMBULATOIRES HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL HOSPITALISATION DE JOUR HOSPITALISATION DE NUIT
HAD	HAD	70	Hospitalisation à domicile (cas général)	370	HOSPITALISATION A DOMICILE (CAS GENERAL)	HOSPI A DOMICILE (CAS GENERAL)	06	HOSPITALISATION A DOMICILE

Nouvelles "Catégorie de séjours" créés par la réforme au 01/01/20222	Domaine	CODE TARIF (PORTES SUR LES AVENANTS TARIFAIRES DE L'ARS)	LIBELLE CODE TARIF (PORTES SUR LES AVENANTS TARIFAIRES DE L'ARS)	NOUVEAU CODE DMT	LIBELLE LONG NOUVELLE DMT	LIBELLE COURT NOUVELLE DMT	MT(s) COMPATIBLE(S)	LIBELLE MT(s)
Hospitalisation complète de + de 18 ans	PSY	13	Hospitalisation complète de + de 18 ans	860	HOSPITALISATION COMPLETE DE PLUS DE 18 ANS	HOSPI COMPLETE PLUS 18 ANS	03 20	HOSPITALISATION COMPLETE HOSPITALISATION DE SEMAINE
Hospitalisation partielle de + de 18 ans	PSY	54	Hospitalisation partielle de + de 18 ans	861	HOSPITALISATION PARTIELLE DE PLUS DE 18 ANS	HOSPI PARTIELLE PLUS 18 ANS	22 04 05	HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL HOSPITALISATION DE JOUR HOSPITALISATION DE NUIT
Hospitalisation complète de - de 18 ans	PSY	14	Hospitalisation complète de - de 18 ans	862	HOSPITALISATION COMPLETE DE MOINS DE 18 ANS	HOSPI COMPLETE MOINS 18 ANS	03 20	HOSPITALISATION COMPLETE HOSPITALISATION DE SEMAINE
Hospitalisation partielle de - de 18 ans	PSY	55	Hospitalisation partielle de - de 18 ans	863	HOSPITALISATION PARTIELLE DE MOINS DE 18 ANS	HOSPI PARTIELLE MOINS 18 ANS	22 04 05	HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL HOSPITALISATION DE JOUR HOSPITALISATION DE NUIT
Centre de Crise de + de 18 ans	PSY	57	Centre de Crise de + de 18 ans	864	CENTRE DE CRISE DE PLUS DE 18 ANS	CENTRE DE CRISE PLUS 18 ANS	39	ACCUEIL EN CENTRE DE CRISE PSYCHIATRIQUE
Centre de Crise de - de 18 ans	PSY	58	Centre de Crise de - de 18 ans	865	CENTRE DE CRISE DE MOINS DE 18 ANS	CENTRE DE CRISE MOINS 18 ANS	39	ACCUEIL EN CENTRE DE CRISE PSYCHIATRIQUE

Annexe 2

Table de correspondance entre les TNJP et les DMT pour les établissements de santé visés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (ex-OQN)

Nouvelles "Catégorie de séjours" - créés par la réforme au 01/01/20222	Domaine	NOUVEAU CODE DMT (PORTES SUR AVENANT TARIFAIRE ARS)	LIBELLE LONG NOUVELLE DMT (PORTES SUR AVENANT TARIFAIRE ARS)	LIBELLE COURT NOUVELLE DMT	MT(s) COMPATIBLE(S) (PORTES SUR AVENANT TARIFAIRE ARS)	LIBELLE MT(s) (PORTES SUR AVENANT TARIFAIRE ARS)
Hospitalisation complète de + de 18 ans	PSY	860	HOSPITALISATION COMPLETE DE PLUS DE 18 ANS	HOSPI COMPLETE PLUS 18 ANS	03 20	HOSPITALISATION COMPLETE HOSPITALISATION DE SEMAINE
Hospitalisation partielle de + de 18 ans	PSY	861	HOSPITALISATION PARTIELLE DE PLUS DE 18 ANS	HOSPI PARTIELLE PLUS 18 ANS	22 04 05	HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL HOSPITALISATION DE JOUR HOSPITALISATION DE NUIT
Hospitalisation complète de - de 18 ans	PSY	862	HOSPITALISATION COMPLETE DE MOINS DE 18 ANS	HOSPI COMPLETE MOINS 18 ANS	03 20	HOSPITALISATION COMPLETE HOSPITALISATION DE SEMAINE
Hospitalisation partielle de - de 18 ans	PSY	863	HOSPITALISATION PARTIELLE DE MOINS DE 18 ANS	HOSPI PARTIELLE MOINS 18 ANS	22 04 05	HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL HOSPITALISATION DE JOUR HOSPITALISATION DE NUIT
Centre de Crise de + de 18 ans	PSY	864	CENTRE DE CRISE DE PLUS DE 18 ANS	CENTRE DE CRISE PLUS 18 ANS	39	ACCUEIL EN CENTRE DE CRISE PSYCHIATRIQUE
Centre de Crise de - de 18 ans	PSY	865	CENTRE DE CRISE DE MOINS DE 18 ANS	CENTRE DE CRISE MOINS 18 ANS	39	ACCUEIL EN CENTRE DE CRISE PSYCHIATRIQUE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

INSTRUCTION N° DGOS/R2/2022/97 du 5 avril 2022 relative aux associations de médecins généralistes réalisant des visites à domicile en vue d'améliorer l'organisation de la réponse en journée des demandes de soins non programmés à domicile

Le ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SSAH2210771J (numéro interne : 2022/97)
Date de signature	05/04/2022
Emetteur	Ministère des solidarités et de la santé Direction générale de l'offre de soins
Objet	Associations de médecins généralistes réalisant des visites à domicile en vue d'améliorer l'organisation de la réponse en journée des demandes de soins non programmés à domicile.
Commande	Signature d'une convention, dont le modèle est joint, au plan local avec les associations concernées rappelant l'objectif poursuivi et le montant du versement.
Action à réaliser	Suivi de la signature par l'agence régionale de santé (ARS) de la convention sur le plan local avec les associations concernées.
Echéance	2022
Contact utile	Sous-direction de la régulation Bureau du Premier recours (R2) Pierre SAVARY Tél. : 01 40 56 51 08 Mél. : DGOS-SAS@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexe	3 pages + 1 annexe (2 pages) Annexe - Convention-type de financement 2022 entre l'ARS XX et l'association XX pour l'amélioration de l'organisation pour répondre aux demandes de soins non programmés (SNP) à domicile en journée
Résumé	Financement destiné aux associations de médecins généralistes présentes sur le territoire réalisant des visites à domicile pour répondre aux besoins de soins programmés en journée.
Mention Outre-mer	L'instruction s'applique en l'état dans ces territoires.

Mots-clés	Service d'accès aux soins - offre de soins de ville - soins non programmés - visites médicales à domicile
Classement thématique	Professions de santé
Texte de référence	Néant
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Néant
Validée par le CNP le 6 avril 2022 - Visa CNP 2022-43	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

Le service d'accès aux soins (SAS) se déploie depuis janvier 2021. La généralisation progressive a été annoncée lors du séminaire du 9 mars 2022 et fera l'objet d'une instruction spécifique à cet égard.

Afin de consolider la participation au SAS des associations de médecins déjà présentes sur le territoire s'organisant de manière spécifique pour répondre en journée aux demandes de soins non-programmés à domicile préalablement régulées (association locale de SOS Médecins ou autres associations de médecins ayant une activité similaire), des financements spécifiques devront leur être versés sur le Fonds d'intervention régional.

Ces financements s'appliqueront en 2022 dans l'attente de la nouvelle convention médicale prévue en 2023. Seules sont concernées les associations déjà en activité lors de la diffusion de la présente instruction.

Pour l'année 2022, une dotation sera allouée aux agences régionales de santé (ARS) dans la prochaine circulaire Fonds d'intervention régionale (FIR) selon une ventilation précise entre les associations concernées, qui vous sera transmise à cet effet.

Vous trouverez en annexe une convention-type à signer localement avec chaque association pour officialiser le montant versé et affichant expressément l'objectif poursuivi qui est l'amélioration de l'organisation pour répondre en journée aux demandes de soins non programmés (SNP) à domicile.

A ce titre, la convention-type pose les principes suivants :

- L'association s'engage à réaliser des effections régulées notamment par le SAS pour la prise en charge des demandes de soins non programmés au domicile des patients en journée (8h à 20h, hors horaires de la permanence des soins ambulatoires [PDSA]) ;
- Dans les territoires où la mise en place d'un SAS n'est pas encore effective, l'engagement précédemment indiqué s'effectue sur sollicitation du service d'aide médicale urgente (SAMU) ;
- L'association s'engage à maintenir son rôle et l'organisation mis en place aux horaires de la permanence des soins ambulatoires, conformément au cahier des charges régional ;
- Le montant sera versé en une seule fois au titre de l'année considérée aux associations présentes effectuant cette activité de visite à domicile en journée sur vos territoires ;
- Des indicateurs permettant de suivre le nombre de visites sont prévus et feront l'objet d'une transmission de l'association à l'ARS en octobre 2022. Les indicateurs suivis devront, après analyse par l'ARS, être transmis à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) au plus tard le 31 octobre 2022 à l'adresse indiquée ci-dessous.

Pour toute information complémentaire vous pouvez contacter à la DGOS le bureau R2 : DGOS-SAS@sante.gouv.fr.

Vu au titre du CNP par le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales,

Etienne CHAMPION

Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins par intérim,

Cécile LAMBERT

ANNEXE

Convention de financement 2022 entre l'ARS XX et l'association XX pour l'amélioration de l'organisation pour répondre aux demandes de soins non programmés à domicile en journée

Identification des signataires

Entre

L'ARS XX
Adresse XX – représentée par XX

Dénommée le financeur

et

L'association XX
Adresse XX– représentée par XX – N° de SIRET XX

Dénommée le bénéficiaire

Objectif :

L'objet de ce versement forfaitaire est de contribuer à l'amélioration de l'organisation pour répondre aux demandes de soins non programmés à domicile en journée (hors horaires de la permanence des soins ambulatoires).

Article 1 : Engagement des 2 parties

L'ARS s'engage à allouer un versement forfaitaire sur le Fond d'intervention régional pour l'année concernée par la convention, à l'association XX

L'association s'engage à :

- Participer à l'effection dans le cadre du service d'accès aux soins (SAS) et des demandes directes du centre d'appel interconnecté de l'association à travers la prise en charge des patients à domicile en journée (8h à 20h, hors horaires de PDSA) dans le cadre du soin non programmé ;
- Dans l'attente de la mise en place d'un SAS, participer à l'effection sur sollicitation du SAMU en journée (8h à 20h, hors horaires de PDSA) pour la prise en charge des patients à domicile en journée dans le cadre du soin non programmé ;
- Maintenir l'organisation mise en place aux horaires de la permanence des soins ambulatoires, conformément au cahier des charges régional de PDSA.

Article 2 : Modalités pratiques du versement du montant forfaitaire

L'ARS XX procédera au versement de XX € en une fois en 2022.

Ces crédits seront versés sous réserve de la production des pièces administratives et comptables obligatoires à l'Association XX
N° IBAN

Le comptable assignataire du paiement est Monsieur l'agent comptable de l'ARS XX.
Cette dépense est imputée sur les destinations suivantes MI3.7.1 « Service d'Accès aux Soins » du budget annexe de l'ARS.

Article 3 : Indicateurs de suivi

Nombre de visites à domicile sur sollicitation du SAS (ou du SAMU en l'absence de SAS) réalisées par l'association en journée dans le cadre du soin non programmé ;
Nombre de visites à domicile sur sollicitation directe par l'association en journée dans la cadre du soin non programmé ;
Nombre de visites réalisées aux horaires de permanence des soins ambulatoires en 2022 par rapport à l'année N-1.

Ces indicateurs doivent être transmis par l'association à l'ARS avant le 31 octobre 2022.

Article 4 : Exécution

La présente convention porte sur l'année 2022.

Le directeur général de l'ARS est chargé de l'exécution de la présente convention et du suivi de son exécution.

Fait à XX, le

Le/la président(e) de l'Association XX

Le directeur général adjoint de l'Agence régionale de santé de XX

Caisse nationale des allocations familiales

Décision du 7 avril 2022 portant délégation de signature et de pouvoir

NOR : SSAX2230385S

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration ;

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

Vu la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique et notamment son article 2 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu le décret du 27 octobre 2021 portant nomination de Monsieur Nicolas GRIVEL, en qualité de directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (JO du 28 octobre 2021),

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée à Constance BENSUSSAN, directrice des instances et des relations institutionnelles, directrice de cabinet, pour signer dans le cadre de la gestion de l'établissement public et pour son personnel les pièces suivantes :

- la correspondance courante de sa direction ;
- les demandes d'achats de biens ou de services adressées au Secrétariat général ;
- les validations du service fait ou la réception des biens et services livrés ;
- les ordres de mission du personnel en métropole emportant validation des états de frais du personnel.

Article 2

La délégation objet de la présente décision est accordée à l'exclusion expresse de toute situation présentant un conflit d'intérêt pour le délégataire.

Article 3

La secrétaire générale et le directeur comptable et financier sont chargés, chacun pour ce qui les concerne, de l'exécution de la présente décision.

Article 4

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité ainsi qu'au Recueil des actes administratifs de la préfecture de Paris ainsi que sur le site internet www.caf.fr.

Fait le 7 avril 2022.

Le directeur général,
Nicolas GRIVEL

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

INSTRUCTION N° SGMCAS/Pôle Santé-ARS/2022/48 du 7 avril 2022 relative à la consultation du Fichier judiciaire national automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes (FIJAISV)

Le secrétaire général des ministères
chargés des affaires sociales

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SSAZ2211250J (numéro interne : 2022/48)
Date de signature	07/04/2022
Emetteur	Ministère des solidarités et de la santé Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
Objet	Consultation du Fichier judiciaire national automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes (FIJAISV)
Commande	Mise en œuvre des contrôles via le FIJAISV.
Action à réaliser	Désignation des référents habilités.
Echéance	Immédiate
Contact utile	Pôle Santé-ARS Corinne PASQUAY Tél. : 01 40 56 52 59 Mél. : corinne.pasquay@sg.social.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	5 pages
Résumé	La présente instruction a pour objet de préciser les conditions de déploiement des contrôles via le FIJAISV dans les établissements contrôlés par les agences régionales de santé (ARS).
Mention Outre-mer	Le texte s'applique aux territoires dotés d'une ARS.
Mots-clés	Instruction - modalités - mise en œuvre - FIJAISV
Classement thématique	Enfance et famille
Textes de référence	- Code de procédure pénale ; - Plan de lutte contre les violences faites aux enfants (2020-2022) ; - Délibération CNIL n° 2021-121 du 21 octobre 2021 portant avis sur un projet d'arrêté modifiant l'arrêté du 31 mars 2021 portant création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé « SI Honorabilité » (demande d'avis n° 21011137) ; - Arrêté SSAZ2201375A du 18 janvier 2022 modifiant l'arrêté du 31 mars 2021 portant création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé « SI honorabilité ».

Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Validée par le CNP le 4 février 2022 - Visa CNP 2022-13	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

I – ELEMENTS DE CONTEXTE ET DE CADRAGE

1-1 Cadrage juridique

Le FIJAISV (Fichier judiciaire automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes) est un fichier créé pour prévenir la récidive d'infractions sexuelles ou violentes listées à l'article 706-47 du code de procédure pénale, notamment :

- agressions sexuelles délictuelles et aggravées ;
- assassinat, meurtre sur mineur de 15 ans ;
- violences sur mineurs de 15 ans ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente ;
- traite des êtres humains à l'égard d'un mineur ;
- proxénétisme à l'égard d'un mineur.

Sa consultation vise à prévenir le recrutement d'individus condamnés pour des actes de violences à l'encontre de mineurs dans les milieux où ceux-ci sont pris en charge ou accueillis.

Le fichier comprend des informations sur l'identité des auteurs d'infractions, la condamnation ayant entraîné l'inscription (qualification et peines) et les adresses du domicile et des résidences.

Le législateur a souhaité que les préfets et administrations dont la liste est fixée par décret puissent consulter le FIJAISV pour « les décisions administratives de recrutement, d'affectation, d'autorisation, d'agrément ou d'habilitation concernant des activités ou professions impliquant un contact avec des mineurs » ou devant exercer un « contrôle de l'exercice de ces activités ou professions » (article 706-53-7 du code de procédure pénale).

En cible, la consultation par les administrations du FIJAISV devrait devenir systématique ; elle ne peut être remplacée par la seule consultation du bulletin n° 2 du casier judiciaire (B2) dont les objectifs ne recouvrent pas ceux du FIJAISV.

La liste des administrations autorisées à consulter le FIJAISV est précisée par l'article R. 53-8-24 du code de procédure pénale :

Sont ainsi cités :

- les préfets ou agents habilités par eux (qui peuvent également consulter les données du FIJAISV pour le compte des exécutifs des collectivités territoriales) ;

- Les chefs de services ou agents individuellement désignés et spécialement habilités par eux à cette fin des administrations de l'Etat suivantes :

a) La direction chargée de la gestion des ressources humaines du ministère chargé de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur,

b) Les rectorats et les inspections académiques,

c) La Direction de la protection judiciaire de la jeunesse et ses directions régionales,

d) La Direction de l'administration pénitentiaire et les directions interrégionales des services pénitentiaires,

e) La Direction de la jeunesse et de l'éducation populaire et de la vie associative et la Direction des sports,

f) Les directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités, les délégations régionales académiques à la jeunesse, à l'engagement et aux sports, les directions départementales de la cohésion sociale et les directions départementales interministérielles chargées de la cohésion sociale.

- les directeurs généraux des agences régionales de santé.

Ainsi, les établissements employeurs, de santé ou médico-sociaux ne peuvent consulter directement le FIJAISV (la sensibilité des données ayant conduit à restreindre la liste des personnes habilitées à le consulter).

1-2 Contexte technique

Deux modes d'interrogation du FIJAISV sont possibles :

- il est possible d'interroger directement le FIJAISV de manière individuelle. Ce mode d'interrogation n'est pas adapté pour des contrôles sur des effectifs importants. Il devra être ciblé sur les recrutements dans les services à plus forts enjeux ou après identification d'un retour positif, pour confirmation de la situation ;

- il est préférable d'utiliser l'interface permettant de charger des listes d'agents à contrôler. Cette option est plus adaptée en cas de volumétries significatives. Elle s'appuie sur le « portail d'honorabilité ».

En 2020, trois ARS ont accepté d'utiliser à titre expérimental, en vue de préparer la généralisation, le dispositif d'interrogation individuelle du FIJAISV (Normandie, Bretagne et Occitanie). En raison de la crise sanitaire, très peu d'établissements ont accepté d'entrer dans le dispositif. En 2021, le dispositif d'interrogation par liste de noms est mis en place. Il a vocation à être utilisé par toutes les ARS et tous les établissements accueillant des enfants et entrant dans le périmètre relevant d'un contrôle des ARS. Un déploiement progressif est mis en place en commençant par les ARS volontaires (Normandie et Bretagne dans un premier temps).

II – Périmètre des services concernés

2-1 Périmètre prioritaire

	Etablissements et services concernés	Profils concernés
Etablissements de santé publics	Pédiatrie, chirurgie pédiatrique et pédo-psychiatrie	Nouveaux recrutements et renouvellements de contrats, mutations internes
Etablissements pour enfants en situation de handicap	Etablissements publics pour enfants en situation de handicap	Nouveaux recrutements et renouvellements de contrats

Lors de la mise en place du dispositif de consultation automatisé, les ARS, en lien avec les établissements, sont invitées à privilégier les services les plus directement au contact des enfants. Dans un second temps, l'élargissement du périmètre concernera les catégories d'établissements et services, les catégories de services et agents (dont ceux temporairement en contact avec des enfants) et un passage en revue des agents déjà présents (« stock ») dans certaines unités particulièrement sensibles pourra être envisagé.

2-2 Périmètre de responsabilité des acteurs du processus

Le schéma organisationnel est précisé ci-après :

	Etablissements	ARS	Administration centrale
1	Désigne un point de contact unique (nominatif) habilité à transmettre des listes de noms à l'ARS	Désigne 1 à 2 agents à habiliter au FIJAISV	Etablit un support de sensibilisation destiné aux points de contact en établissement. Sur demande de l'ARS, peut se déplacer pour des réunions de lancement régionales avec les établissements. Ouvre les accès au FIJAISV. Procède à la revue bi-annuelle des habilitations. Est le point de contact du ministère de la Justice pour la diffusion de modes opératoires/sessions d'information… Définit des critères de sensibilité pour limiter le nombre de consultations pendant la phase « manuelle ».
2	Etablit une liste de noms et la transmet à l'ARS sur un support protégé (a minima messagerie Z ou fichier excel protégé par un mot de passe)	S'assure, par une sensibilisation des contacts en établissements du respect des principes (pas de consultation du FIJAISV en dehors des cas de figure prévus par les textes)	Est le point de contact des ARS et établissements en cas de questions sur le dispositif ; anime le réseau des contacts en ARS (FAQ …)
3		Saisit les noms dans le FIJAISV	
4		Reçoit les retours du FIJAISV	
5		Transmet à l'établissement des demandes de vérification d'identité en cas de doute	
6	Vérifie l'identité et transmets à l'ARS les éléments utiles (acte de naissance) sur un support protégé (a minima messagerie Z ou fichier excel protégé par un mot de passe)		
7		Informe l'établissement en cas de condamnation avérée	

III – Démarches à conduire pour assurer le respect du Règlement général sur la protection des données (RGPD)

Le RGPD implique que les établissements ou services informent les agents qu'ils recrutent, que des contrôles sont susceptibles d'être effectués lors du processus de recrutement. Cette information devra intervenir sous forme écrite (fiche de poste ou autre écrit intervenant pendant le processus de recrutement).

Dans la perspective de la phase 2, le ministère des solidarités et de la santé procèdera aux procédures habituelles de déclarations de fichiers. Il reviendra à chaque ARS d'ajouter ce traitement dans le répertoire des traitements qu'elle utilise (il est conseillé de se rapprocher du délégué à la protection des données de l'ARS).

Au-delà des démarches relevant du niveau national (cf délibération de la Commission nationale de l'informatique et des libertés [CNIL]), les ARS devront donc s'assurer du respect de la réglementation en vigueur applicable aux traitements de données personnelles et, en particulier, le règlement UE 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 dit « RGPD ». Elles devront notamment s'assurer de :

- l'inscription de ce traitement dans leur registre ;
- l'information des personnes concernées ;
- la sécurisation des données concernées.

IV – Le fonctionnement du dispositif cible

Lorsque le dispositif d'interrogation directe sera déployé, les agents des établissements habilités sur l'interface d'interrogation pourront charger directement les fichiers de noms qui seront transmis au FIJAISV de manière automatique.

Les retours resteront réalisés vers les ARS, seuls acteurs juridiquement habilités à consulter le FIJAISV. Les autres étapes du processus seront les mêmes.

Un bilan sera réalisé en fin d'année 2022. En fonction des constats réalisés, et notamment de la charge induite pour les ARS, il pourra être envisagé de proposer une évolution du texte (article R. 53-8-24 du code de procédure pénale) visant à faire évoluer la liste des administrations habilitées à consulter le FIJAISV, étant entendu qu'au regard de la sensibilité du fichier, une ouverture directe à l'ensemble des établissements et services de santé ou médico-sociaux relevant du ministère des solidarités et de la santé ne peut être envisagée.

V – L'assistance aux utilisateurs

Pour accompagner les premières ARS/établissements dans la prise en main des outils, une assistance à maîtrise d'ouvrage sera mise à leur disposition selon des modalités précisées à chacune des ARS concernées.

Pendant le déploiement et en phase opérationnelle, un share-point : (https://ecu.collab.social.gouv.fr/dir/SGMAS/FIJAIS) est dédié aux questions de principe, notamment juridiques, posées par la mise en œuvre des contrôles. La gestion en est assurée par le Pôle Santé-ARS, interlocuteur du ministère de la Justice sur ce dossier. Les référents habilités des ARS et établissements de santé seront habilités sur le share-point au fur et à mesure de leur habilitation à l'outil.

Le secrétaire général des ministères
chargés des affaires sociales,

Étienne CHAMPION

Centre national de gestion

Arrêté du 11 avril 2022 portant inscription au titre de l'année 2022 au tableau d'avancement à la classe exceptionnelle des personnels de direction

NOR : SSAN2230383A

La directrice générale du Centre national de gestion,

Vu le code de la santé publique, notamment l'article L. 6141-1 ;

Vu les articles L. 522-32 à L. 522-37 du code général de la fonction publique ;

Vu le décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 2°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 2005-926 du 2 août 2005 modifié relatif au classement indiciaire applicable aux personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 2°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée ;

Vu l'arrêté du 2 août 2005 modifié relatif à l'échelonnement indiciaire applicable aux personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 2°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée ;

Vu l'arrêté du 30 décembre 2014 fixant le pourcentage mentionné à l'article 21 ter du décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 2°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière,

Arrête :

Article 1er

Les directeurs d'hôpital hors classe ci-après sont inscrits au titre de l'année 2022 au tableau d'avancement à la classe exceptionnelle des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article L. 5 (1° et 2°) du code général de la fonction publique comme suit :

ACQUIER	Thierry
AILLOUD	Claire
ARRII	Thierry
AYACHE	Florence
BENSAID	Marianne
BERNARD	Laurence
BEST	Pierre
BONGIOVANNI-VERGEZ	Marie-Pierre
BOURQUIN	Marc

BRIOT	Pascal
BURGI	Christian
CALMETTE	Philippe
CARRIERE	Bruno
COHEN	Michaël
CONAN	Pascal
CORVAISIER	Arnaud
CREUZET	Catherine
DENIEL	Patrick
DUCASSE	Denis
DUCROZ	Sylvain
DUPONT	Sabine
FAUGEROLAS	Patrick
FAZI-LEBLANC	Stéphanie
FERRENDIER	Olivier
FERRER-VILLENEUVE	Anne
GOEMINNE	Jérôme
GUAY	Cyril
HEGUY - WEIDEMANN	Viviane
JEGU	Didier
LAMPIS	Marie-Antoinette
LE BRIERE	Jérôme
MARCZAK	Nathalie
MARTY-ANGLADE	Christine
MASSON	Séverine
MAZURIER	Frédéric
MEUNIER	Anne
MOTHES	Corinne
MOTTE	Bénédicte
NETHING	René
PARIER	Eve
PEJU	Nicolas
PRAUD	Yves
RIVIERE	Floriane
ROUBERT-GAUTHIEZ	Pascale
ROUGIER-ROEDIG	Christine
SAJUS	Jean-Philippe
SANZALONE	Eric
SCHERRER	Jean-Michel
SCHOTT	Laurent
TOCHON	Marc
TRAPEAUX	Jérôme
VAUCONSANT	Catherine
VELEINE	Thierry
VILLENEUVE	Eric
WALBECQ	Jean-Luc

Article 2

La présente décision peut faire l'objet, dans un délai de deux mois à compter de sa notification, soit d'un recours gracieux auprès de l'administration auteure de la décision, soit d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent.

Article 3

Le présent arrêté sera publié au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 11 avril 2022.

La directrice générale du
Centre national de gestion,
Eve PARIER

Centre national de gestion

Arrêté du 11 avril 2022 portant inscription au titre de l'année 2022 au tableau d'avancement à l'échelon spécial de la classe exceptionnelle des personnels de direction

NOR : SSAN2230384A

La directrice générale du Centre national de gestion,

Vu le code de la santé publique, notamment l'article L. 6141-1 ;

Vu les articles L. 522-32 à L. 522-37 du code général de la fonction publique ;

Vu le décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 2°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 2005-926 du 2 août 2005 modifié relatif au classement indiciaire applicable aux personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 2°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée ;

Vu l'arrêté du 2 août 2005 modifié relatif à l'échelonnement indiciaire applicable aux personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 2°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée ;

Vu l'arrêté du 30 décembre 2014 fixant le pourcentage mentionné à l'articles 23 du décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 2°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière,

Arrête :

Article 1er

Les directeurs d'hôpital de classe exceptionnelle ci-après sont inscrits, au titre de l'année 2022, sur la liste principale au tableau d'avancement à l'échelon spécial de la classe exceptionnelle des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article L. 5 (1° et 2°) du code général de la fonction publique, comme suit :

1	GARIN	Bernard
2	STAEBLER	Jean-Pierre
3	FORCIOLI	Pascal
4	MARTIN	Bertrand
5	SABOTIER	Françoise
6	HOELTGEN	Didier
7	BLANDEL	Jean-Yves
8	COURTOT	François

9	SEGOVIA	Jean-François
10	CHEVALLIER	Jean-Robert
11	KAROL	Daniel
12	GAUTHIEZ	François
13	DESJARDINS	Véronique

Article 2

Les directeurs d'hôpital de classe exceptionnelle ci-après sont inscrits, au titre de l'année 2022, sous réserve de la vacances des postes, sur la liste complémentaire au tableau d'avancement à l'échelon spécial de la classe exceptionnelle des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article L. 5 (1° et 2°) du code général de la fonction publique, comme suit :

14	MARTINO	Stéphan
15	KNEIB	Jean-Claude
16	ESTIENNE	Nicolas
17	CATALDO	Christian
18	CALMES	Gilles
19	CENCIC	Roman
20	CAILLIER	Isabelle
21	NAPOL	Juliette
22	LEFEBVRE	Thierry
23	MATHIS	Pascal
24	CAZENAVE	Jean Pierre
25	FAULCONNIER	Bruno
26	HOOS CAUVIN-SORRENTINO	Monique
27	LAFAGE	Didier
28	KASSEL	Christophe
29	DONIUS	Bruno
30	GAMOND-RIUS	Thierry
31	LEFEBVRE	Jean-François
32	BENMANSOUR-LE LAY	Edith
33	GAUTIER	Christophe
34	LE LUDEC	Thomas
35	PERIDONT	Philippe
36	VINET	Jean-François
37	DALMASSO	Richard

Article 3

La présente décision peut faire l'objet, dans un délai de deux mois à compter de sa notification, soit d'un recours gracieux auprès de l'administration auteure de la décision, soit d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent.

Article 4

Le présent arrêté sera publié au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 11 avril 2022.

La directrice générale adjointe
du Centre national de gestion,
Eve PARIER

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

INSTRUCTION N° DGOS/R4/2022/101 du 12 avril 2022 relative au cahier des charges des permanences d'accès aux soins de santé hospitalières (PASS)

Le ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SSAH2211358J (numéro interne : 2022/101)
Date de signature	12/04/2022
Emetteur	Ministère des solidarités et de la santé Direction générale de l'offre de soins
Objet	Cahier des charges des permanences d'accès aux soins de santé hospitalières (PASS)
Commande	Mise en conformité au présent cahier des charges et suivi du dispositif.
Action à réaliser	Accompagner les établissements de santé pour qu'ils répondent aux différents critères du présent cahier des charges.
Echéance	Délai de 3 ans à compter de la publication.
Contact utile	Sous direction de la régulation de l'offre de soins Bureau prises en charge post-aiguës, pathologies chroniques et en santé mentale (R4) Adeline BERTSCH Tél. : 01 40 56 52 48 Mél. : adeline.bertsch-merveilleux@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	4 pages + 2 annexes (16 pages) Annexe 1 – Cahier des charges des permanences d'accès aux soins de santé hospitalières (PASS) Annexe 2 – Les activités complémentaires réalisées par les PASS
Résumé	La présente instruction a pour objet de fournir un référentiel actualisé pour les permanences d'accès aux soins de santé hospitalières (PASS).
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle Calédonie, et de Wallis et Futuna.
Mots-clés	Permanences d'accès aux soins de santé hospitalières (PASS), précarité, accompagnement social des patients, unité fonctionnelle (UF), Pacte de refondation des urgences, accès aux soins, Fonds d'intervention régional (FIR).
Classement thématique	Etablissements de santé

Textes de référence	- Loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions ; - Code de la santé publique : articles L. 1110-1, L. 6111-1-1, L. 6112-1, L. 6112-3, L. 6112-6 ; - Arrêté du 23 mars 2007 (application article D. 162-8 du Code de la sécurité sociale).
Circulaire / instruction abrogée	Circulaire N° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Etablissements de santé Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM)
Validée par le CNP le 15 avril 2022 - Visa CNP 2022-45	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

L'article L. 6111-1-1 du code de la santé publique[1] précise que « *les établissements de santé doivent garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible ».* Au sein des établissements de santé, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), créées en 1998, jouent un rôle fondamental dans l'accès aux soins des personnes en situation de précarité.

La présente instruction a pour objet de diffuser le cahier des charges actualisé des permanences d'accès aux soins de santé hospitalières[2]. En effet, les PASS, services hospitaliers spécialisés dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes en situation de précarité, sont identifiées et reconnues sur leur territoire comme des acteurs pivots, garants de l'accès aux soins de ce public vulnérable et sujet au renoncement aux soins. Elles sont à l'interface de l'hôpital, de la médecine de ville et des dispositifs sociaux et médico-sociaux.

Depuis plusieurs années, en lien avec le service social hospitalier, leur rôle central dans l'ouverture des droits à l'assurance maladie ainsi que leur expertise dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes en situation de précarité ont été confortés et reconnus par l'ensemble des acteurs de la lutte contre la précarité.

Un groupe de travail national avec les acteurs, les coordonnateurs régionaux des PASS et les agences régionales de santé (ARS) a été mis en place dès 2018 pour actualiser le cahier des charges des PASS hospitalières. L'objectif était de mieux prendre en compte les nouveaux défis auxquels elles font face, notamment le développement de nouvelles formes de précarité, la prise en charge des personnes migrantes nécessitant un accompagnement spécifique au vu des évolutions réglementaires ou la mise en œuvre de l'activité mobile de certaines PASS, dont le développement a été favorisé sur les territoires dans l'objectif « *d'aller-vers* » les publics les plus éloignés du système de santé.

---

[1] *« Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en oeuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels et les établissements de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes ou dispositifs participant à la prévention, aux soins ou à la coordination des soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible ».*

[2] Le cahier des charges précédent était précisé dans la CIRCULAIRE N° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

Le second objectif du groupe de travail visait à mieux objectiver l'allocation des ressources de la dotation de la mission d'intérêt général (MIG) historique relative au financement des PASS, pour permettre de fonder la répartition des crédits entre les régions sur des critères objectifs. Ce nouveau modèle de financement a été mis en place en 2021.

Par ailleurs, face à des constats de situations d'isolement, de ruptures de droits et de soins qui aggravent l'état de santé des publics précaires, une mesure spécifique a été mise en place en 2020 dans le cadre du Ségur de la santé (mesure 27) en réponse aux conséquences de la crise sanitaire Covid-19, qui a mis en évidence le rôle et l'expertise des équipes PASS, tant dans la prise en charge des publics précaires que dans le soutien de leurs partenaires.

Cette mesure de lutte contre les inégalités de santé visait à mieux prendre en compte les problématiques sanitaires et sociales des populations précaires ou vulnérables afin de leur garantir une prise en charge adaptée, à l'hôpital, en ville, ou en structures sociales ou médico-sociales. Cette mesure intègre également des démarches d'aller-vers en direction de ces publics éloignés du soin et du système de santé afin de leur proposer une prise en charge et un accompagnement adaptés, en créant de nouveaux dispositifs (exemple : équipe mobile sociale et de santé) ou en renforçant des dispositifs existants (PASS et équipes mobiles psychiatrie précarité – EMPP notamment). Elle s'est traduite par un renforcement des crédits de la MIG PASS en 2021 à hauteur totale de 14,7M€.

En 2022, les crédits de la MIG PASS ont été intégrés dans le fonds d'intervention régional (FIR). Pour rappel, les crédits du FIR, comme les MIG, sont soumis au principe d'annualité budgétaire. Cependant, les ARS peuvent, soit via le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements de santé soit via un conventionnement spécifique, donner une visibilité pluriannuelle aux établissements et aux professionnels[3].

Le présent cahier des charges (annexe 1) revient sur les points structurants du cahier des charges initial des PASS de 2013 et les conforte, notamment sur la nécessité de disposer d'une unité fonctionnelle distincte ainsi que d'une équipe pluridisciplinaire dédiée et formée, dorénavant composée a minima d'un médecin, d'un assistant de service social et d'un infirmier tous deux diplômés d'Etat[4]. Il met par ailleurs en avant, la dimension territoriale et partenariale des PASS, en les positionnant comme dispositif passerelle entre l'hôpital et la ville, dans un parcours de prise en charge et d'accompagnement des personnes en situation de grande précarité. A ce titre, la PASS organise un comité de pilotage annuel avec l'ensemble de ses partenaires internes et externes à l'établissement de santé.

Les PASS doivent conserver une vocation généraliste avec un accès direct - si besoin - au plateau technique hospitalier et aux traitements. Elles peuvent, par ailleurs, développer des activités complémentaires, comme par exemple des activités mobiles, conformément aux orientations portées par la mesure 27 du Ségur de la santé. Les activités complémentaires des PASS hospitalières (mobiles, buccodentaires et mères-enfants) font l'objet de l'annexe 2.

Il est à noter qu'un guide à destination des équipes pluriprofessionnelles intervenant en PASS hospitalières a été réalisé par les coordonnateurs régionaux des PASS et comprend un certain nombre d'outils visant à faciliter leur exercice. Il sera publié de manière concomitante à la présente instruction.

Dans ce cadre, les agences régionales de santé (ARS) seront amenées à accompagner les établissements de santé pour qu'ils répondent aux différents critères du présent cahier des charges dans un délai de 3 ans à compter de sa publication.

---

[3] Cf foire aux questions bascule MIG-FIR : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_mig_faq_evolution_vecteur_financement_2022_transfert_mig_fir_2022.pdf

[4] Dans la CIRCULAIRE N° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) abrogée, seuls les temps de médecin et d'assistant de service social étaient requis.

Mes services se tiennent à votre disposition pour tout échange complémentaire.

Vu au titre du CNP par le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales,

Etienne CHAMPION

Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins par intérim,

Cécile LAMBERT

Annexe 1 – Cahier des charges des Permanences d'accès aux soins de santé hospitalières (PASS)

Les permanences d'accès aux soins de santé hospitalières (PASS) ont été créées en 1998 par la loi de lutte contre les exclusions pour favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. De nombreux éléments ont mis en évidence la nécessité d'actualiser et de compléter le cahier des charges[1] de ces permanences d'accès aux soins de santé hospitalières, notamment :

- L'apparition de nouvelles formes de précarité, accentuée par la crise sanitaire de 2020 et ses conséquences sur le long terme ;
- L'augmentation des prises en charge de personnes migrantes nécessitant un accompagnement spécifique ;
- Le développement d'activités mobiles par de nombreux acteurs (PASS mais aussi équipes mobiles psychiatrie précarité, équipes mobiles issues des structures médico-sociales pour publics confrontés à des difficultés spécifiques (LAM/LHSS/CSAPA/CAARUD/ESSIP[2]), autres équipes sociales et sanitaires mobiles…).

Pour mener ces travaux d'actualisation, la DGOS a installé en 2018 un groupe de travail national qui a permis :

- La réalisation d'un premier état des lieux des PASS (quantitatif et qualitatif) et la généralisation d'un rapport d'activités standardisé depuis 2019 ;
- La réflexion sur la promotion de l'aller-vers des PASS en lien avec l'ensemble des acteurs œuvrant dans le champ de la précarité sous l'égide de la délégation interministérielle de lutte contre la pauvreté (dans le cadre de la mesure 27 du Ségur de la santé visant à la réduction des inégalités de santé) ;
- La mise en place d'un modèle de financement de la MIG PASS mis en œuvre en 2021. Les crédits de la MIG PASS basculent dans le fonds d'intervention régional en 2022. A cet effet, la fiche « *Dotation PASS* » du guide de la contractualisation a été actualisée et mise en ligne sur le site du ministère des solidarités et de la santé[3].

La DGOS s'est également appuyée sur l'expertise des coordonnateurs régionaux des PASS réunis de manière régulière, qui sont force de propositions et relais des équipes PASS en région.

Le présent référentiel est destiné à l'ensemble des PASS qui étaient financées au titre de la MIG PASS, dotation basculée dans le FIR en 2022. Les PASS spécialisées dans l'accès aux soins psychiatriques ainsi que les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) ne sont pas concernées par le présent référentiel et feront l'objet de travaux spécifiques.

Le présent cahier des charges traite des différents aspects de l'activité de la PASS, qu'elle s'exerce à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement de santé dont elle dépend. Il est aussi destiné à tous les acteurs partenaires des PASS œuvrant dans le domaine de la précarité et/ou de l'accompagnement des personnes ayant des besoins spécifiques. Un guide complémentaire réalisé sous l'égide des coordonnateurs régionaux des PASS viendra utilement compléter ce cahier des charges.

---

[1] CIRCULAIRE N° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) (abrogée).

[2] Lits d'accueil médicalisés (LAM), lits halte soins santé (LHSS), centre de soins d'accompagnement et de prévention des addictions (CSAPA), centre d'accueil et d'accompagnement des usagers de drogues (CAARUD), équipe spécialisée de soins infirmiers précarité (ESSIP), équipes mobiles santé précarité…

[3] Cf lien site : https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/missions-d-interet-general-et-d-aides-a-la-contractualisation-migac/article/les-fiches-mig

Ce référentiel intègre des éléments relatifs :

- à la composition de toute PASS avec une équipe pluridisciplinaire dédiée et formée, composée a minima de temps de médecin, d'assistant de service social et d'infirmier diplômé d'Etat ;
- à l'organisation des PASS au sein des établissements de santé et leur inscription dans un territoire donné, en lien avec tous les partenaires notamment pour faciliter la mise en œuvre de parcours de santé des populations concernées ;
- aux recommandations à mettre en œuvre sous l'égide des ARS ;
- à des éléments d'ordre quantitatif à recueillir en termes d'activité, notamment eu égard aux données remontées via la plateforme PIRAMIG de recueil de l'activité ;
- à des éléments d'ordre qualitatif (missions, équipes « *socles* », organisation territoriale sous l'égide de l'ARS, orientation vers des soins buccodentaires primaires).

Il intègre également, dans la partie III, des éléments venant rappeler ou préciser les missions et les attendus des coordinations régionales des PASS.

I. Publics, typologie, et activités des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Les PASS peuvent être :
- Généralistes ;
- Généralistes avec des activités complémentaires ;
- Spécialisées dans certaines pathologies et/ou certains publics.

1. Le profil du patient au sein des PASS

Les publics cibles des PASS sont des personnes en situation de précarité, qui ont besoin de soins ambulatoires et qui ne peuvent y accéder pour diverses raisons :
- En raison de l'absence d'une couverture sociale ou de son incomplétude ;
- Parce qu'ils sont dans l'impossibilité d'honorer les frais du reste à charge ;
- Pour d'autres raisons : forte désocialisation, difficultés à s'orienter dans le système de santé... On pense en particulier aux personnes allophones, aux personnes souffrant de troubles psychiques ou psychiatriques, aux personnes marginalisées et devant être accompagnées dans leur parcours de soins par la PASS, le temps nécessaire à un relai pérenne par un autre dispositif de droit commun…

2. La PASS, un dispositif passerelle quelle que soit sa typologie

Toute PASS doit offrir un accès aux soins et un accompagnement social aux patients, dans la perspective d'un retour aux soins, via un dispositif de droit commun. La PASS hospitalière est un dispositif passerelle, qui offre un accompagnement transitoire. A l'issue de la prise en charge ou une fois l'accompagnement réalisé, les personnes doivent être orientées vers les dispositifs de droit commun (médecine de ville notamment). La PASS ne doit pas se substituer au premier recours et ne saurait être la médecine de ville des patients précaires.

Les PASS financées dans le cadre du FIR ont majoritairement une vocation généraliste, c'est-à-dire qu'elles réalisent un triptyque de prise en charge médicale, infirmière et sociale dit « de base ». Celles-ci peuvent avoir une ou plusieurs activités complémentaires, réalisées avec du personnel dédié et financé pour ces activités.

Si toutes les PASS ont une vocation généraliste, certaines PASS peuvent également avoir, en plus de cette activité généraliste de base, une ou plusieurs activités complémentaires. Celles-ci peuvent être de plusieurs ordres : en direction des mères et/ou des enfants, être mobiles et intervenir en dehors de l'enceinte de l'établissement de santé ou encore être spécialisées dans certaines pathologies pour lesquelles l'accès aux soins est particulièrement difficile (ophtalmologie, soins buccodentaires…). Ces activités complémentaires sont obligatoirement réalisées par du personnel spécifiquement dédié (cf annexe 2).

A noter que certaines ARS ont développé des PASS spécialisées en santé buccodentaire et en ophtalmologie[4] qui ne réalisent que ces activités. Il appartient aux ARS de permettre le développement de ces types de PASS selon les besoins identifiés.

3. Les activités de la PASS

Un rapport d'activités standardisé a été mis en place afin de valoriser l'ensemble des activités réalisées par les équipes PASS, y compris celles qui sont réalisées en dehors de la présence des patients.

Trois types d'activité doivent être distingués :

- Auprès des patients ou pour le bénéfice des patients : accueil, entretiens sociaux, démarches d'accès aux droits, consultations infirmières et médicales, accompagnements dans les démarches de soins dans l'établissement et/ou à l'extérieur, accompagnements dans les démarches vers les services ou établissements sociaux si celles-ci sont nécessaire à la continuité des soins.

- Auprès des professionnels de l'établissement, en articulation avec la direction de l'établissement de santé : actions de sensibilisation, d'information et de formation des personnels hospitaliers aux questions de santé/précarité et santé/précarité/migration, mise en place de protocoles et procédures pour le repérage, la prise en charge dans l'ensemble des services de l'établissement hospitalier des patients en situation de précarité et – si besoin – leur orientation vers la PASS, notamment avec le service des urgences, articulation et collaboration entre les professionnels de la PASS et ceux des autres services hospitaliers pour les situations complexes ou bloquées afin d'améliorer la qualité du soin.

- Auprès des partenaires extérieurs à l'établissement : la PASS doit être un partenaire actif du réseau et formaliser le plus possible, par courriers ou conventions, ces partenariats. Tout intervenant du secteur sanitaire, acteur du champ social et tout professionnel agissant dans le réseau local de précarité, au sens large, a vocation à être concerné, dont en particulier : les caisses d'assurance maladie (CPAM et CCMSA), les services du conseil départemental (PMI, ASE et action sociale), le SIAO, les centres communaux d'action sociale, services municipaux de santé, centres d'hébergement et de réinsertion sociale, structures de prise en charge et d'hébergement des personnes dans le cadre de la demande d'asile, associations humanitaires, structures médico-sociales, autres établissements de santé, médecins et paramédicaux libéraux, dispositifs d'appui à la coordination (DAC), etc.

L'une des missions des ARS est d'évaluer régulièrement les besoins des territoires et l'activité des PASS selon un diagnostic territorial. Dans ce cadre, les ARS ont vocation à impulser des réorganisations ou recompositions de l'offre des PASS sur les territoires (ouverture de nouveaux sites, développement d'activités complémentaires …). Il est par ailleurs rappelé que la coordination des PASS avec l'ensemble des services en intra hospitalier et avec les partenaires en extra est un prérequis au bon fonctionnement de chaque PASS.

[4] Deux PASS ophtalmologiques existent seulement en Ile-de-France. Le guide des coordonnateurs en précise quelques éléments structurants.

II. Les obligations communes à toutes les PASS

1. Obligation d'unité fonctionnelle et de personnel dédié à la permanence d'accès aux soins de santé hospitalière (PASS)

Les PASS doivent avoir leur propre **unité fonctionnelle** (UF). Il est en effet indispensable d'identifier clairement la structure PASS au sein de l'établissement de santé dans toutes ses dimensions : unité fonctionnelle (UF) distincte et projet de service PASS dans le but notamment de favoriser la mise en place d'un « *parcours de santé pour les patients en situation de précarité* » au sein de l'établissement de santé et/ou du GHT.

Des frais de structures peuvent être imputés sur les charges des PASS. Cependant, eu égard à leur taille souvent modeste, à leur activité relevant exclusivement de soins externes, le pourcentage à appliquer doit être raisonnable et tenir compte de ces modalités d'organisation et d'intervention. Compte tenu de la spécificité de ces services hospitaliers, l'estimation indicative de ce taux est de 17% du financement au titre des PASS[5].

Une PASS est, par définition, composée d'une **équipe pluridisciplinaire**. Dans le cadre de la mesure inégalités de santé du Ségur de la santé, a été mise en exergue la nécessité de renforcer les temps médicaux et paramédicaux de l'ensemble des PASS.

Ainsi, une PASS doit obligatoirement être composée a minima par un trinôme référent médical en médecine générale (minimum de 0,2 ETP dédié), infirmier diplômé d'Etat et assistant de service social (minimum de 0,5 ETP dédié pour chacun).

Toutefois, en fonction des besoins et du profil de la file active, il sera souvent nécessaire de mobiliser des ressources humaines supplémentaires au-delà de ce trinôme socle : autres spécialistes médicaux, sages-femmes, psychologues, médiateurs en santé, aides-soignants… Il est notamment rappelé l'importance de disposer de temps d'accueil ou de secrétariat. Ces postes permettent de recentrer l'activité des autres professionnels de l'équipe sur leurs missions propres (temps de soins et d'accompagnement social).

Néanmoins, l'ARS, compte tenu de sa connaissance des PASS de son territoire, peut permettre à certaines PASS, avec l'appui des coordonnateurs régionaux des PASS, d'organiser la présence du temps médical via une convention avec des médecins généralistes. Le rôle de ces PASS, qui s'appuieront donc davantage sur le binôme AS/IDE consistera davantage en de l'accompagnement social, des sensibilisations et des orientations vers le plateau technique voire dans un parcours de soins infra hospitalier.

C'est à partir de la composition de cette équipe complète que des **activités complémentaires** pourront être proposées par la PASS, toujours en lien et en articulation avec le plateau technique hospitalier. Ces activités complémentaires, réalisées par du personnel dédié, ne doivent pas entraver le fonctionnement de l'activité de base de la PASS.

Enfin, il est rappelé que pour qu'une PASS puisse fonctionner, un travail préalable de coordination, de visibilité en interne à l'hôpital et en externe avec les partenaires doit avoir été réalisé pour permettre une prise en charge pluri professionnelle des patients mais aussi faciliter leur retour vers les dispositifs de droit commun.

---

[5] Cf fiche dotation PASS (les fiches relatives aux dispositifs financés via le FIR) : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_mig_u02_permanence_acces_soins_sante_pas1.pdf

En synthèse, il est nécessaire que la PASS soit identifiée via une unité fonctionnelle (UF) dédiée et dispose :

- D'un temps médical dédié à la médecine générale polyvalente, dans un lieu identifié, accessible et connu de tous ;
- De temps d'autres professionnels dédiés et exclusivement consacrés à cette mission.

2. Le comité de pilotage (COPIL) annuel et la dynamique de la PASS dans son environnement

Il est nécessaire d'insister fortement sur la mise en œuvre systématique et effective d'un comité de pilotage (COPIL) qui doit se réunir au minimum une fois par an (notamment pour présenter le bilan du rapport d'activités). Sous la présidence du directeur de l'hôpital, le COPIL doit rassembler les professionnels de la PASS en présence des professionnels hospitaliers en lien direct avec la PASS (urgences, service social, bureau des entrées/admissions, pharmacie à usage intérieur, plateau technique…), des représentants de l'ARS, de la coordination régionale des PASS et des partenaires intervenant dans le champ de la prise en charge sanitaire et sociale des patients en situation de précarité, qu'ils soient institutionnels (notamment des représentants de l'assurance maladie - CPAM ou mutualité sociale agricole (MSA) ou de services de l'Etat), associatifs ou structures sociales et médico-sociales (centres de prévention, les centres de vaccination et les centres de lutte antituberculeux …. pour un parcours santé publique et prévention).

Le COPIL contribue à la dynamique de la PASS et au renforcement des partenariats intra et extra hospitaliers, en inscrivant la PASS dans le réseau sanitaire et social local.

Grâce à la dynamique induite par ce COPIL, la PASS est connue et reconnue par l'ensemble des partenaires de son territoire. Dès lors, il est nécessaire de la rendre visible, accessible à toute personne en ayant besoin et de l'identifier clairement tant au sein de l'hôpital et/ou du GHT par toute signalétique ou plaquette utile qu'auprès des partenaires externes. A cet effet, les coordinations régionales en lien avec les ARS doivent tenir à jour un tableau des PASS avec leurs horaires d'ouverture et leurs modalités d'organisation/de fonctionnement (accueil avec ou sans rendez-vous …).

De manière plus spécifique, au sein de l'établissement de santé et/ou du GHT, la PASS doit permettre de faciliter le repérage et la prise en charge des patients en situation de précarité/vulnérabilité sous l'impulsion de la direction de l'établissement de santé et/ou du GHT et en lien avec le bureau des entrées.

A cet effet, un travail spécifique est à construire avec le service d'accueil des urgences quand il en existe un au sein de l'hôpital et/ou du GHT. En effet, le pacte de refondation des urgences[6] consacre une annexe dédiée aux liens PASS/SAU assortie d'objectifs précis à mettre en œuvre.

3. Le renforcement de l'articulation entre les structures d'urgence et les PASS

Dans le cadre de leurs missions, les PASS constituent un partenaire privilégié et essentiel des urgences. En effet, en amont des structures des urgences, la PASS constituée, organisée et identifiée doit permettre un accès direct aux soins pour des patients relevant de son champ d'action, et ainsi leur éviter un recours inapproprié aux urgences. La porte d'entrée de certains patients à l'hôpital, pour des soins non urgents, doit être la PASS quand ils en relèvent.

[6] Cf Pacte de refondation des urgences - 20 décembre 2019 - Ministère des Solidarités et de la Santé (solidarites-sante.gouv.fr)

Une telle structuration lisible de l'entrée dans le parcours et de l'organisation des soins est également un levier efficace pour éviter les retours erratiques de certains patients vers les structures des urgences[7].

Une coordination et des articulations efficientes entre les structures des urgences et la PASS constituent en effet l'un des maillages essentiels de qualité et de sécurité, utile et préalable à l'inscription dans un parcours santé de droit commun de ces patients qui, en l'absence d'autre solution, renonceraient aux soins ou reviendraient aux urgences. Le travail de complémentarité et de collaboration entre professionnels des services est donc essentiel.

Ce travail de collaboration-coordination doit être inscrit dans une relation de complémentarité. La proximité des équipes doit être réaffirmée. De nombreuses modalités de coopération, à l'initiative, le cas échéant, des équipes, doivent être favorisées et accompagnées. A titre d'illustrations, on peut citer :

- Des passages fréquents et organisés de l'équipe PASS aux urgences avec une formalisation simple de la coordination entre les deux équipes ;
- La formalisation de modalités de coordination entre les assistants socio-éducatifs des services ;
- L'élaboration conjointe et la mise en œuvre de protocoles et de fiches réflexes ;
- La coordination entre la PASS et les structures des urgences pour accompagner la sortie du patient précaire (fiche protocole délivrance de médicaments, orientation et parcours de soin coordonné ...) ;
- Les formations/informations lors de staffs et accueil des internes.

Il convient que chaque PASS, selon son profil et les professionnels qui la composent, organise ce partenariat et élabore, en lien avec la coordination régionale des PASS et sous l'égide de la direction de l'établissement, un protocole d'organisation de la prise en charge des personnes en situation de précarité entre la PASS, la structure des urgences de l'établissement de santé ou du GHT d'ici le 31/12/2023, en précisant les modalités d'intervention réciproque des services. Ce document doit être actualisé tous les 3 ans à compter de cette date.

4. Le partenariat avec les services de l'assurance maladie (CPAM du département, et les services de la mutualité sociale agricole - MSA)

Bien qu'obligatoire depuis 2016, la convention PASS/CPAM n'a pas été généralisée dans toutes les PASS. A compter de 2022, un nouveau modèle de convention nationale assurance maladie/Etablissement de santé sera diffusé précisant les procédures, référents et circuits. Cette convention se substituera au fur et à mesure à la convention précédente. Cette convention pourra être négociée et aménagée en faveur des publics entre les parties.

Chaque établissement de santé devra signer cette convention avant le 31 décembre 2023. Elle concernera au minimum la PASS et le service social hospitalier. Un travail partenarial est mené avec le réseau de l'assurance maladie de manière concomitante afin de faciliter la signature de cette convention.

Dans certaines régions, des problématiques propres aux travailleurs saisonniers rendent nécessaire un partenariat avec la mutualité sociale agricole (MSA), partenariat qui est important de construire et de formaliser à l'avenir au même titre de ce qui est fait avec les CPAM.

---

[7] A noter qu'à partir du 1er janvier 2022 pour les passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation, et hors urgences gynécologiques comportant au moins un acte de consultation, les établissements factureront un forfait patient urgences (FPU) à la charge du patient, de sa complémentaire, ou du régime d'assurance maladie (des cas d'exception) pour un montant de 19,61€ pour le forfait plein ou de 8,49€ pour le forfait minoré (personnes en affection de longue durée (ALD), accident du travail). Il s'agit désormais d'une facturation par forfait en lieu et place d'une facturation à l'acte.

III. Parcours, orientations et rôle des coordonnateurs régionaux des PASS

1. Le parcours de soins du patient de la PASS

Tout patient doit pouvoir bénéficier d'un accueil, d'informations de prévention, d'orientation et de soins. Ces missions de premier accueil sont essentielles pour les publics précaires qui peuvent être fragilisés ou vulnérables lors de leur arrivée à la PASS.

La PASS permet un accès aux soins au sens large, sans facturation pour le patient : à une consultation médicale généraliste et/ou spécialisée, au plateau technique, aux soins infirmiers, à la délivrance de médicaments. La PASS, comme tout service hospitalier, doit pouvoir recourir à des services d'interprétariat professionnel pour les patients qui le nécessitent.

La vocation de la PASS étant généraliste et visant à offrir une prise en charge transitoire, le patient de la PASS ne peut recevoir, au sein même de la PASS seule, l'ensemble des soins spécialisés qui lui seraient nécessaires. Ainsi, il peut être orienté et doit pouvoir accéder comme tout patient, à l'ensemble du plateau technique et/ou des consultations dispensées dans l'établissement.

Ainsi, les équipes PASS ont vocation à proposer un parcours de soins adaptés à tout patient pris en charge par la PASS. A cet effet, dans le dossier médical des patients, il peut être mentionné que le personnel de la PASS accompagne le patient et assure une médiation, si nécessaire, auprès d'autres services de l'établissement, notamment pour résoudre d'éventuelles difficultés induites dans le cadre ou à l'issue des actes réalisés par d'autres services.

Il convient de préciser plus globalement que tout patient en situation de précarité pris en charge par l'hôpital n'est pas systématiquement un patient PASS. En effet, les patients en situation de précarité, dès lors qu'ils sont hospitalisés (y compris en hospitalisation de jour), relèvent au même titre que les autres patients, des services sociaux attachés au service d'accueil. Ceci n'est pas exclusif d'une coopération entre ces services et la PASS, si la situation complexe du patient le nécessite et qu'une prise en charge PASS post-hospitalisation est nécessaire pour le parcours de soin du patient afin de faciliter les relais vers le droit commun.

En particulier, les patients sans couverture sociale qui se présentent aux urgences relèvent du service social hospitalier, sauf procédure spécifique de repérage et de prise en charge conclue entre la PASS et le service d'urgences. Ce type de procédure permet notamment de mobiliser le dispositif PASS pour une prise en charge, via les urgences, d'un patient relevant de la PASS.

De manière plus générale, il est rappelé que des procédures et repérages sont également à établir par le bureau des entrées pour les personnes en situation de précarité venant en consultation sans couverture maladie ou sans couverture maladie complète. En effet, le référentiel de la certification des établissements de santé pour la qualité des soins de la Haute autorité de santé met en exergue la nécessité d'organiser le parcours de santé et de soins des personnes en situation de précarité sociale par toute équipe hospitalière.

Ainsi, cette mission de repérage et d'orientation des situations de vulnérabilités incombe à l'ensemble des équipes soignantes de l'établissement de santé (CF référentiel HAS 2022[8]).

2. Un point d'attention particulier : l'orientation vers les soins buccodentaires

Il convient de préciser que toute PASS doit pouvoir orienter les patients qui le nécessitent vers des soins buccodentaires primaires. Les soins proposés sont de première intention, aptes à soulager le patient le temps nécessaire à une réorientation vers des dispositifs de droit commun.

[8] Cf manuel_certification_es_qualite_soins.pdf (has-sante.fr)

Les orientations vers l'activité buccodentaire sont principalement effectuées par l'équipe soignante de la PASS et éventuellement par ses partenaires directs. Ainsi, l'accompagnement social, parallèlement à la prise en charge sanitaire, est assuré par l'équipe sociale de la PASS et/ou par le partenaire orienteur.

Plusieurs cas de figure sont possibles :
- Si le plateau technique hospitalier permet une prise en charge des patients, l'équipe de la PASS oriente le patient en interne ;
- S'il ne le permet pas, la PASS doit disposer d'un partenariat avec un acteur permettant de réaliser les soins nécessaires.

3. Pérennisation et missions des coordonnateurs régionaux des PASS

Les missions principales des coordonnateurs régionaux des PASS sont de coordonner, d'harmoniser et de fédérer l'ensemble des PASS d'une même région. La mise en œuvre de ces missions doit permettre, de manière concrète, aux coordonnateurs d'être un soutien des professionnels des PASS (appui à la mise en place d'un comité de pilotage, au développement de partenariats, mise à disposition d'outils ou aide à la définition de procédures, réalisation d'actions de formation ou de sensibilisation, retour d'expériences, partage de pratiques, soutien technique aux professionnels …) et un relai pour les ARS avec lesquelles ils travaillent en étroite collaboration (coordination générale, suivi global de l'activité de l'ensemble des PASS via la plateforme PIRAMIG, veille sociale, articulation avec les autres dispositifs de santé publique et remontée de problématiques prégnantes…).

Des postes de coordonnateurs régionaux des PASS ont historiquement été financés au titre de la MIG PASS dans toutes les régions, avec l'objectif de créer ces postes dans les quelques régions qui ne se sont pas encore dotées de tels postes. La majorité des coordonnateurs sont salariés d'un établissement de santé avec un rattachement fonctionnel auprès de l'ARS régionale.

Un réseau national des coordonnateurs régionaux des PASS est également mis en place. Les coordonnateurs régionaux des PASS sont ainsi des interlocuteurs privilégiés du Ministère des solidarités et de la santé, sur toutes les thématiques nationales concernant les PASS (organisation des PASS, prise en charge, problématiques d'ouverture des droits à l'assurance maladie…). Cette organisation leur permet également d'être force de proposition au niveau locale et nationale (ex : lors de la crise sanitaire COVID, ils ont émis des propositions en lien avec leurs partenaires afin de répondre aux besoins spécifiques des publics précaires pendant la période de crise : participation aux équipes mobiles COVID, soutien aux professionnels des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile (HUDA) et autres structures d'urgence sociale, contribution aux fiches de recommandations nationales mises en place par le ministère…).

Les coordonnateurs régionaux, en lien avec les ARS, tiennent à jour un tableau des PASS avec leurs horaires d'ouverture et leurs modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce document doit être régulièrement communiqué à l'ensemble des partenaires des PASS (autres PASS du territoire, établissements sociaux et médico-sociaux d'hébergement, centres d'hébergement dédié, équipes de maraudes …).

Enfin, ils accompagnent les équipes dans la formalisation des procédures et outils utiles au bon fonctionnement des PASS. C'est notamment à cette fin qu'un guide complémentaire à destination des équipes PASS a été produit.

Annexe 2 : Les activités complémentaires réalisées par les PASS

I. L'activité mobile des PASS : aller-vers les personnes les plus éloignées du système de santé et complémentarité avec les autres dispositifs existants

1. Définition et objectif de « *l'aller-vers* »

Les démarches d'« aller-vers » consistent à aller à la rencontre de personnes qui ne formulent aucune demande ou ne s'adressent pas aux dispositifs adaptés. C'est donc l'intervenant qui effectue, en allant sur son lieu de vie et/ou lieu de prise en charge (établissement de santé, établissement médico-social, cabinet libéral, accueil de jour, …), la démarche d'identifier et de rencontrer la personne ou le groupe de personnes à qui il pourra proposer son action.

Ces démarches s'adressent à tout type de public et peuvent se mettre en place sur un territoire défini, à l'initiative ou non de professionnels ou bénévoles de structures fixes.

Toutes les actions se réclamant d'une démarche d'« aller-vers » ont pour finalité, avec le consentement de la personne :

- De créer du lien ;
- D'informer ;
- De réduire les risques de dommages sanitaires et sociaux auxquels la personne pourrait être exposée ;
- De lui permettre, si elle le souhaite, de formuler une éventuelle demande de soutien ;
- Et de l'aider à accéder aux services compétents (sanitaires, sociaux, administratifs…).

Les objectifs en direction des personnes en situation de grande précarité sont de plusieurs ordres :

- Faire connaitre à ces personnes les services dont elles pourraient avoir besoin ;
- Lever leurs réticences au recours à ces services ;
- Renforcer leur capacité à se rendre par elles-mêmes dans les autres structures de droit commun (accompagnement à l'orientation dans le but de permettre une autonomie) ;
- Contribuer à l'adaptation de l'offre de prévention et de soins du système de droit commun pour améliorer leur accueil, parcours et prise en charge, notamment au travers d'une meilleure articulation entre le premier recours et le second recours.

Les acteurs de l'« aller-vers » sont des facilitateurs, positionnés dans un rôle d'interface et de passerelle temporaire. Les interventions n'ont pas pour vocation de se substituer au droit commun, ni de créer des voies de recours parallèles.

Les PASS peuvent aller à la rencontre des personnes les plus éloignées du système de santé (les personnes socialement désinsérées, les personnes migrantes, les personnes en errance, les personnes en situation d'addictions, les personnes isolées au sein de leur logement …) pour réaliser des actions dans le but de les :

- Repérer pour éviter la propagation de maladies, les prendre en charge le plus précocement possible, lutter contre le non-recours aux soins de ces publics ;
- Orienter vers les structures de soins ad hoc selon les cas ;
- Prodiguer des soins si nécessaire (premiers soins…).

2. Le développement de l'activité mobile des PASS et la reconnaissance de l'activité mobile de la PASS par l'ARS en lien avec la coordination régionale quand elle existe…

Avant toute chose, il convient de préciser qu'il revient à l'ARS, en lien avec la coordination régionale, de valider l'activité complémentaire mobile de toute PASS pour vérifier la bonne articulation avec les dispositifs existants. Les PASS, quelle que soit leur typologie, peuvent réaliser des actions mobiles ou d'aller-vers.

L'aller-vers peut revêtir plusieurs formes : maraudes ciblées en lien avec des partenaires, permanences médico-sociales et/ou avec une IDE hors les murs, activités délocalisées dans des structures sociales ou médico-sociales ou des locaux associatifs. Dans certains cas, notamment des PASS avec des activités « mères enfants », elles peuvent également se rendre au domicile des personnes accompagnées. Mais, dans ce cadre, elles ne sauraient se substituer aux services de PMI ni à d'autres services sociaux ou de santé de droit commun.

Ceci suppose une connaissance étroite des différents partenaires qui peuvent être mobilisés, car l'aller-vers comprend également un objectif d'aller à la rencontre des partenaires.

3. … et en prenant en compte l'existence d'autres acteurs réalisant également des actions d'aller-vers

De multiples acteurs mettent déjà en place des démarches d'aller-vers, notamment au travers des dispositifs ou équipes suivants :

- Équipes sanitaires, équipes de prévention en santé : les équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP), équipes mobiles thématiques (exemples : soins palliatifs, personnes âgées, HAD, CLAT, PMI)… ;
- Équipes sociales : équipes de maraudes faisant intervenir des bénévoles et/ou des professionnels et/ou des personnels de santé ;
- Équipes d'établissements et services médico-sociaux : ESSIP, CSAPA, CAARUD, LHSS, ACT, équipes mobiles santé précarité (EMSP, créées dans le cadre de la mesure 27 du Ségur de la santé)[1] ;
- Equipes de médiateurs en santé portées par des associations, etc.

Dans ce cadre, il est essentiel que l'activité mobile de la PASS soit organisée en lien étroit avec les partenaires sur le territoire et en complémentarité des actions déjà menées.

Le développement d'actions d'aller-vers par l'ensemble de ces acteurs nécessite ainsi une coordination à la fois opérationnelle pour les interventions au niveau d'un même public cible, et un pilotage sur l'ensemble d'un territoire (éviter les zones non couvertes, faciliter l'accès aux soins des publics cibles…). Pour ce faire, les ARS ont un rôle clé en lien avec les services déconcentrés de l'Etat (DEETS et DREETS) et l'ensemble des partenaires : il appartient aux ARS et autres administrations en charge, selon les ressources et dispositifs existants sur ses territoires, d'organiser cet aller-vers.

4. Le rôle des ARS dans l'animation territoriale et l'impulsion de l'aller-vers

Les agences régionales de santé (ARS) ont un rôle essentiel concernant la mise en place de la politique de l'aller-vers en région. C'est à elles qu'il incombe, à partir des besoins identifiés, d'organiser la réponse aux besoins la plus appropriée selon les ressources (entendues comme dispositifs) dont elles disposent, et de faciliter la mise en relation des différents acteurs du territoire sur les différents champs d'action sanitaire, sociale et médico-sociale (commissions de coordination / GT dans le cadre du PRAPS).

---

[1] **Déclinaison des différents sigles utilisés** : ESSIP : équipe spécialisée de soins infirmiers précarité, CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, CAARUD : centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues, LHSS : lits haltes soins santé, ACT : appartement de coordination thérapeutique.

Selon les territoires, les organisations sont variées : la réponse ne saurait être uniforme et doit être propre à chaque région.

A partir d'un diagnostic territorial existant (réalisé par exemple dans le cadre de l'élaboration du PRAPS à venir) les ARS peuvent élaborer plusieurs outils :

- Une cartographie des besoins identifiés et précisant la manière dont elles souhaitent organiser la réponse. Cette cartographie devra être mise à la disposition des partenaires ;
- Un annuaire des dispositifs par département, précisant les modalités d'intervention de chacun (jour de permanence, intervention à la demande et modalités de recours…). Cet annuaire serait à diffuser largement aux acteurs intervenant auprès des personnes ainsi qu'aux professionnels et structures de santé. Les modalités de recours à ces dispositifs doivent également être connues du public.

5. <u>Pré requis pour la mise en place d'une activité mobile :</u>

Dans le cadre du groupe de travail des PASS, plusieurs prérequis à toute activité mobile ont été retenus :

- Nécessité d'arrimer l'activité mobile à une PASS *fixe* (une PASS unique avec un point fixe et une partie de son activité également mobile) ;
- Nécessité de distinguer l'équipe dédiée à l'aller-vers de l'équipe de la PASS. Si des personnels de la PASS fixe réalisent des activités mobiles, il convient de bien distinguer les temps d'intervention. La PASS fixe doit toujours fonctionner ;
- Action mobile possible en fonction de la capacité de la PASS à la réaliser : rôle central de l'ARS qui précisera quelle PASS réalisera des actions mobiles sur le territoire en lien avec les autres acteurs.

6. <u>Les modalités de l'activité complémentaire d'aller-vers :</u>

L'aller-vers est un moyen d'action. Selon les besoins identifiés, il peut prendre différentes formes :

- **Actions de types maraudes**. Il convient de préciser qu'il est essentiel que les actions de types maraudes soient coordonnées avec les autres acteurs de terrain, notamment les maraudes sociales. Ces actions doivent être ciblées sur des personnes repérées par les partenaires avec une problématique d'accès aux soins voire de renoncement aux soins ;

- Actions de types **permanences délocalisées** dans des lieux qui peuvent être fixes / réguliers ou bien définis de manière ponctuelle : établissements sociaux et médico-sociaux, locaux d'associations, hôpital local … ;

- Actions **d'information et de communication** en direction des **acteurs de première ligne et/ou des partenaires** de la PASS.

<u>Objectifs</u> : l'activité mobile des PASS a pour objectif de recréer les liens avec les personnes les plus éloignées du soin voire en situation de renoncement aux soins mais également de permettre une orientation et un accompagnement vers le soin en PASS et à terme dans le droit commun.

<u>Durée de l'intervention</u> : Les actions doivent être déterminées et calibrées avec les partenaires. Elles peuvent être ponctuelles ou être réalisées dans la durée selon les besoins identifiés.

<u>Personnels de la PASS mobile</u> : selon les actions mises en place et les partenaires associés, le profil de l'équipe mobile peut être variable : infirmier diplôme d'Etat (IDE), travailleurs sociaux, psychologues ….

Points de vigilance :
Sur le premier recours : l'action de la PASS mobile ne doit pas se substituer au premier recours notamment dans les territoires où la démographie médicale met en tension le recours aux généralistes. La DGOS et les ARS seront attentives à ce que les PASS ne se substituent donc pas au premier recours et restent bien un dispositif passerelle permettant de faire le lien entre la ville et l'hôpital. La finalité de la prise en charge en PASS est le retour au droit commun.

Sur les partenariats et les bénévoles : il convient de préciser qu'il est plus facile d'intervenir et de faire le lien quand une connaissance mutuelle des équipes et des organisations existe. Il est nécessaire de faire le lien avec les acteurs de terrain. Les formations communes des intervenants peuvent être un outil à mobiliser pour permettre et faciliter l'acculturation nécessaire entre les structures sociales, médico-sociales et sanitaires.

Enfin, il est essentiel de rappeler l'importance du COPIL. C'est en effet le lieu qui permet de fédérer, partager, échanger avec les autres acteurs du territoire.

II. Organisation d'un parcours dédié aux soins dentaires en PASS

La santé buccodentaire fait partie intégrante de la santé générale et est essentielle à la qualité de vie des personnes. Les pathologies dentaires, essentiellement la carie dentaire et les maladies parodontales, souvent considérées comme ne présentant pas un caractère de gravité ou d'urgence, représentent cependant un problème de santé publique majeur en raison de leur prévalence et incidence élevées et de leur impact sur l'état de santé général (risques associés de maladies cardiovasculaires, maladies broncho-pulmonaires, diabète, polyarthrite rhumatoïde, obésité…).

En France, les différentes études menées en population générale montrent une proportion d'adultes avec au moins une dent cariée à traiter comprise entre 33 et 50 % et un tiers d'adultes présentant un problème d'érosion dentaire. Parmi les déterminants influençant la santé buccodentaire (mauvaise alimentation, tabagisme, abus d'alcool), la qualité de l'hygiène dentaire joue un rôle prépondérant.

Les personnes en situation de précarité présentent souvent un état dentaire dégradé du fait entre autres de leurs conditions de vie (sans logement, habitat insalubre, alimentation déséquilibrée…) et de leur impossibilité à financer les soins et de leurs difficultés à se rendre dans un lieu de droit commun (marginalité, respect des horaires, tenue, hygiène…).

Comme mentionné supra, toutes les PASS doivent pouvoir orienter vers des soins buccodentaires comme toute autre spécialité hospitalière. Cette orientation se décline différemment selon les organisations hospitalières. En effet, la PASS oriente selon les besoins, aux urgences et/ou vers les services de spécialité de son établissement de santé (stomatologie, odontologie, ORL), quand ceux-ci sont présents.

Elle oriente également vers :
- les PASS spécialisées buccodentaires de la région ;
- les centres dentaires mutualistes ;
- les dentistes libéraux, …

Certaines ARS, en lien avec les coordonnateurs régionaux, ont mené des travaux afin d'offrir une offre buccodentaire via une ou plusieurs PASS de leur région (Normandie, Grand Est et Ile-de-France notamment). Quelques principes ont guidé ces travaux en région :

- Elargissement des prestations offertes aux patients en ajoutant la possibilité de poser des prothèses (ne pas se contenter de traiter la douleur et les urgences) ;

- Intégration de l'activité PASS dentaire au projet d'odontologie de l'établissement avec un trinôme de service (PASS somatique, PASS dentaire et service d'odontologie) afin par exemple de :
    - Mutualiser des équipements nécessaires à la pratique de la dentisterie (fauteuils dentaires, appareils d'imagerie médicale) ;
    - Fluidifier les parcours et favoriser les articulations avec le droit commun ;
    - …

1. Activité Buccodentaire avec financement fléché, rattachée à une PASS généraliste

Cette activité se justifie quand les ressources de proximité sont rares ou inexistantes pour un public précaire sans droits ouverts. La file active de la PASS généraliste doit être suffisamment importante pour pouvoir alimenter une activité buccodentaire complémentaire et disposer à minima d'un fauteuil, d'un temps dédié de dentiste et d'assistant dentaire.

Critères d'inclusion : Les patients bénéficiaires de la PASS ayant une activité buccodentaire sont des patients suivis en PASS généraliste ou orientés sur la PASS via ses partenaires, en situation de précarité, n'ayant pas de droits ouverts et qui ont besoin de soins buccodentaires primaires.

En fonction des financements alloués, une activité de soins prothétiques peut s'envisager pour ce public. Par ailleurs, des partenariats doivent être mis en place afin de faciliter l'orientation des patients pour une réhabilitation prothétique optimale.

2. PASS exclusivement buccodentaire spécialisée en médecine bucco-dentaire

Ce type de PASS, spécialisé en soins primaires et secondaires, dont réhabilitation fonctionnelle et cosmétique définitive, soins de stomatologie, de parodontie, chirurgie… dispose d'un financement spécifique**.**

La PASS buccodentaire dispose de temps de consultations et de personnel dédiés pour réaliser cette activité. L'activité est valorisée dans un rapport d'activité consacré à ce recueil (via PIRAMIG). Elle organise un COPIL de façon indépendante des autres PASS qui peuvent être présentes dans le même établissement de santé.

La PASS exclusivement buccodentaire est dédiée à l'accueil des patients ayant besoin de soins et y renonçant pour des raisons financières, en plus de l'absence de couverture médicale ou du fait d'une couverture médicale partielle, ne donnant pas accès au panier de soins. Elle permet une prise en charge thérapeutique globale intégrant dans ses missions de soins la réhabilitation prothétique en référence au panier de soins issu de la loi portant la création de la complémentaire santé solidaire (C2S).

Elle dispose d'une équipe entièrement dédiée à cette activité. Elle est autonome de toute autre PASS. Elle a une plus grande capacité de prise en charge au regard des besoins de soin des patients que la PASS généraliste avec activités buccodentaires. Elle est en capacité d'orienter les patients vers une PASS généraliste pour tout autre soin somatique.

Une PASS exclusivement buccodentaire, avec un financement fléché, se justifie quand les ressources de proximité sont rares ou inexistantes pour un public précaire sans droits ouverts ou droits incomplets.

Critères d'inclusion : ils sont les mêmes que pour toutes les PASS. Néanmoins, les patients peuvent être beaucoup plus affectés par l'altération esthétique (édentation…) de leur maladie de bouche que par la douleur qu'elle engendre. Cette dernière peut être un frein à leur insertion sociale, professionnelle, en plus de la détresse psychologique annexe.

3. Exemples de parcours :

Parcours type d'un patient pris en charge à la PASS exclusivement buccodentaire

- *Premier rendez-vous pour une première consultation :*
    - Celui-ci est réalisé avec un praticien « sénior » ; lors de cette première consultation un questionnaire médical suivi d'un examen buccodentaire est réalisé, à la suite duquel une orientation thérapeutique est proposée.

- *Premier rendez-vous avec l'assistant de service social :*
    - L'assistant de service social de la PASS dresse un tableau social : évaluation du renoncement aux soins, rétablissement de droits si possible pour, si c'est le cas, orientation vers établissement et/ou centre de santé qui pourrait le prendre en charge.

- *Commission d'admissions buccodentaires dotée d'une triple expertise (médicale, sociale et financière) :*
    - Pour les patients dans l'incapacité d'assumer le reste à charge, le cas est étudié en « Commission d'admissions » pour arbitrer la non facturation des soins.
    - L'assistant de service social étudiera sa trajectoire de vie, la nature de sa protection sociale, la nature du logement etc. ainsi que la comparaison entre le coût des soins, le reste à charge et le reste à vivre.
    - La commission réunit les différents acteurs pour statuer sur les cas présentés et en décider l'inclusion et donc la non facturation des actes délivrés.

III. Parcours dédié aux mères et enfants en PASS hospitalières

Au regard de la montée en charge des besoins de soins exprimés pour des femmes enceintes ou des enfants, plusieurs parcours dédiés ont été organisés à destination des mères et enfants en PASS. Ils s'adressent, indépendamment de leur structure familiale, aux femmes enceintes et aux jeunes mères, de la date recommandée d'entretien prénatal précoce (4ème mois) à celle d'entretien postnatal (2 premiers mois de vie) et aux enfants (accompagnés ou isolés), de la naissance à la majorité (18ème année).

L'organisation d'un parcours dédié aux mères et enfants en PASS :

- Repose sur une identification d'opportunité dans le Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) ;
- Peut se développer dans un centre hospitalier disposant d'une PASS généraliste gardant une file active d'au moins 400 patients après individualisation de la file active mère-enfant ou dans un centre hospitalier exclusivement dédié aux mères et enfants ;
- Cible une file active d'au moins 100 patients par an pour chaque activité mise en place. A défaut, les demandes correspondantes relèvent de la PASS généraliste ou d'autres services hospitaliers, sans besoin d'identifier un parcours dédié.

Quelques données : en 2019, 24 % des patients vus en PASS étaient des enfants et 22 % des femmes faisaient une demande de suivi de grossesse. Le public accueilli en PASS a évolué par rapport à celui accueilli la décennie précédente. En effet, auparavant on recensait davantage d'hommes d'âge moyen avec d'autres besoins de soins (pathologies somatiques chroniques, troubles psychiques)[2]. Ces changements doivent être pris en compte de diverses façons, suivant les situations locales.

[2] B. Kaoutar, B. Gatin, H. de Champs-Leger, V. Vasseur, C. Aparicio, C. de Gennes, J. Lebas, P. Chauvin, C. Georges. Analyse du profil socio-démographique et médical des patients de 5 permanences d'accès aux soins de santé (PASS) parisiennes. La Revue de Médecine Interne. 2014;35:709-714.

Le besoin spécifique d'un parcours dédié aux mères et enfants en PASS est occasionné dans les établissements de santé de taille importante ou spécifiquement dédiés aux mères et aux enfants par l'impact d'effets « *centre de référence* » :

- Les patients y présentent des problématiques médicales complexes. Lorsque leur cellule familiale est, en plus, confrontée à des vulnérabilités multiples menaçant leur accès aux soins, leur adhésion thérapeutique est encore plus menacée. Des adaptations de leur projet de soins et pour la réduction des risques (causés par leur l'environnement et leurs habitus) sont nécessaires ;
- Dans ces établissements hospitaliers de taille importante, les services de spécialité sont multiples.

Or, pour répondre à ces besoins spécifiques, la PASS doit animer un réseau partenarial et mobiliser des acteurs spécifiques (nombreux services hospitaliers de spécialité, services de protection materno-infantile, de protection de l'enfance, centres de planification familiale, centre d'action médico-sociale précoce, médecine scolaire, hébergement social dédié, lutte contre l'habitat indigne…). Le déploiement du réseau partenarial de la PASS doit alors être répliqué et adapté à ces professionnels du suivi des mères et enfants. Ces deux aspects entrainent une charge de travail spécifique tournée vers les mères et enfants pouvant la rendre difficile à absorber dans une file active en PASS généraliste de taille importante (double réseau partenarial à animer). Il n'existe pas de correspondance entre la file active de patients suivis en PASS et la taille de l'établissement hospitalier. Ainsi, seules les données d'activité de la PASS doivent être prises en compte pour envisager ces implantations.

Objectifs individuels : ce parcours dédié aux mères et enfants en PASS analyse la cohérence du projet de soins intégrant : les conditions de vie (dans leur causalité étiologique et leur adaptation aux soins prescrits), l'accessibilité aux services de protection des mères et des enfants. Il organise la reprise en soin des femmes enceintes et enfants qui ont été éloignés du système de santé pendant une période, coordonne le recours approprié aux plateaux techniques et services de spécialité de l'établissement. Ce parcours s'adapte aux risques identifiés, en évitant les redondances et incompréhensions et en veillant à sa lisibilité et à l'adhésion thérapeutique.

Une vigilance particulière est portée à la prise en compte de l'ensemble de la cellule familiale dans les projets de soins et démarches de soutien social, aux conditions d'accueil d'un enfant né ou à naître, à la cohérence du projet de vie pour chaque membre de la famille, à la prévention des violences, à la protection de l'enfance, aux situation d'addictions, de mutilation sexuelle, de traite des êtres humains et à l'acculturation au système de santé français. Il permet une coordination entre les services de spécialité de l'établissement, les structures de soin de proximité et les partenaires extérieurs dans le projet de vie de la famille et de l'enfant (sur son lieu de vie, dans son parcours de soins, de l'accueil de l'enfant jusqu'à la scolarisation). Il doit in fine aboutir à la reprise de suivi de long terme par des structures de premier recours, sans s'y substituer.

Objectifs institutionnels et partenariaux : cette pratique confère aux professionnels de ce parcours dédié aux femmes et aux enfants en PASS un savoir-faire pour être interpellés en référence par les professionnels (personnels soignants, sociaux, éducatifs…) de l'établissement et du territoire. La participation de certains professionnels à d'autres parcours en PASS ou dans d'autres services est propice à l'articulation avec les autres unités de l'hôpital. Le partage d'une culture commune des soins aux mères et aux enfants est un élément important pour que la PASS prenne une place dans l'adaptation du parcours de soins à ces moments de la vie, du dépistage de la vulnérabilité sociale à la déclinaison des projets de soins.

Principes d'organisation d'un parcours dédié aux mères et enfants en PASS : le parcours dédié aux mères et enfants en PASS mobilise une équipe pluridisciplinaire avec des temps identifiés consacrés à ces activités (des pédiatres, gynéco-obstétriciens, médecins généralistes, sages-femmes, puéricultrices, infirmières, travailleurs sociaux, psychologues, auxiliaires de puériculture …) ayant une expérience ou suivi des formations appropriées (en santé publique, santé de la mère et de l'enfant, santé environnementale, en prise en charge du handicap, en protection de l'enfance, en interculturalité, en santé des migrants ou des publics confrontés à la précarité…).

Les professionnels peuvent dispenser plusieurs types de soins : accompagnement socio-éducatif, consultations de suivi de grossesse, consultations pédiatriques, entretiens de puériculture, actions de médiation en santé et réunions de concertation pluridisciplinaires. Les organisations d'un suivi de femmes enceintes et d'enfants peuvent être indépendantes les unes des autres, suivant les besoins et organisations locales. Certains soins peuvent être organisés sur les lieux de vie dans une dynamique d'aller-vers et de réduction des risques adaptés aux besoins individuels. Un temps d'échange spécifique doit être dédié à l'organisation et aux partenariats du parcours dédié aux mères et enfants dans le comité de pilotage de la PASS.

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

INSTRUCTION N° DGOS/R4/DGCS/PEA/2022/103 du 12 avril 2022 relative au protocole-type de prise en charge des enfants présents lors d'un féminicide ou homicide au sein du couple

Le ministre des solidarités et de la santé
Le secrétaire d'Etat chargé de l'enfance et des familles

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Copie à :

Mesdames et Messieurs les préfets de région

Référence	NOR : SSAH2211366J (numéro interne : 2022/103)
Date de signature	12/04/2022
Emetteur	Ministère des solidarités et de la santé Direction générale de l'offre de soins (DGOS) Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)
Objet	Protocole-type de prise en charge des enfants mineurs présents lors d'un féminicide ou homicide au sein du couple
Commande	Organiser la déclinaison locale de ce protocole type en mobilisant le centre régional de psychotraumatisme du territoire ainsi que les autres acteurs hospitaliers volontaires ; s'assurer que les autres acteurs institutionnels sont partie prenante des discussions.
Action à réaliser	Diffusion du protocole type auprès des acteurs hospitaliers concernés
Echéances	- Protocole type utilisable dès sa diffusion ; - Remontée d'information sur le nombre de protocoles signés ou en cours en fin d'année 2022.
Contacts utiles	Direction générale de l'offre de soins Sous-direction de la régulation de l'offre de soins Bureau R4 Emma LUCCIONI / Wuthina CHIN Tél. : 01 40 56 62 73 / 01 40 56 77 11 Mél. : emma.luccioni@sante.gouv.fr wuthina.chin@sante.gouv.fr Direction générale de la cohésion sociale Sous-direction de l'enfance et de la famille Bureau de la protection de l'enfance et de l'adolescence Mathilde MOULIA Tél. : 01 40 56 68 08 Mél. : mathilde.moulia@social.gouv.fr

Nombre de pages et annexe	5 pages + 1 annexe (11 pages) Annexe - Protocole type de prise en charge des enfants mineurs présents lors d'un féminicide ou homicide au sein du couple
Résumé	Cette instruction vise à diffuser ce protocole type aux acteurs hospitaliers afin de favoriser le déploiement sur l'ensemble du territoire de ce dispositif de prise en charge des enfants présents lors d'un féminicide ou d'un homicide au sein du couple.
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle-Calédonie, et de Wallis-et-Futuna.
Mots-clés	Enfant – violence – féminicide – homicide – meurtre – prise en charge – psychotraumatisme
Classement thématique	Etablissements de santé - organisation
Textes de référence	- Plan 2020-2022 de lutte contre les violences faites aux enfants ; - Code de l'action sociale et des familles, partie relative à la protection de l'enfance ; - 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 psychotraumatism ; - Instruction N° DGOS/R4/R3/R2/2021/220 du 3 novembre 2021 relative à la structuration de parcours de soins pour les enfants victimes de violences.
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	- Etablissements de santé, dont centres régionaux du psychotraumatisme ; - Parquets ; - Conseils départementaux.
Validée par le CNP le 15 avril 2022 - Visa CNP 2022-47	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

Présentation des enjeux

Selon l'étude nationale sur les morts violentes au sein du couple menée en 2020 par le ministère de l'intérieur, 125 personnes ont été tuées cette année-là par leur partenaire ou ex-partenaire, dont 102 femmes. Les féminicides et homicides au sein du couple ont rendu sur cette même période 82 enfants orphelins d'au moins un de leurs parents.

Le caractère traumatisant de ces situations, conduisant à la perte d'un ou des deux parents pour l'enfant (le parent auteur pouvant notamment se suicider, être incarcéré…), rend la mise en place d'actions concertées pour la protection et la prise en charge de l'enfant, absolument indispensables.

En effet, pour l'enfant, voir l'une de ses figures d'attachement tuée par l'autre est probablement l'un des traumatismes les plus difficiles à surmonter. En outre, ce sont aussi les éléments de son environnement et ses points de repère (maison, école, amis, etc.) qui sont largement bouleversés. Ces bouleversements l'exposent à un traumatisme psychique important, et un fort risque de complications développementales. **L'enfant est donc gravement affecté et doit être considéré comme co-victime du meurtre**, a fortiori lorsqu'il a été présent et témoin de l'acte. **Les pouvoirs publics se doivent ainsi de protéger au mieux l'enfant victime, par une prise en charge immédiate adaptée**.

Les professionnels qui interviennent directement sur les lieux du crime, au premier rang desquels les services de santé, de justice, de police et d'aide sociale à l'enfance, doivent intervenir en réactivité et dans un contexte particulièrement violent. Or, des décisions essentielles pour l'enfant doivent être prises dans l'urgence immédiate faisant suite au crime, à un moment où les services sociaux, les enquêteurs et le procureur ne disposent pas nécessairement d'information approfondie sur le contexte familial, et où eux-mêmes sont confrontés à la complexité de la situation.

Il est donc apparu nécessaire de proposer à ces acteurs **une « marche à suivre » : une feuille de route claire et formalisée portant sur les actions immédiates à mettre en œuvre dans l'intérêt de l'enfant,** à laquelle chacun puisse se référer dans un temps restreint, en urgence. C'est l'objet du modèle de **protocole de prise en charge des enfants présents lors d'un féminicide ou homicide au sein du couple,** présenté en annexe.

En 2016, un dispositif expérimental de prise en charge des enfants victimes de féminicide ou d'homicide a été mis en place en Seine-Saint-Denis. Il a par la suite été décliné et adapté aux territoires de Lyon et Villefranche-sur-Saône et de Paris. La mise en place d'un tel dispositif a, à chaque fois, necessité un travail conjoint des acteurs locaux à travers une collaboration tripartite des service de la santé, de la justice et du département.

Ce protocole ayant démontré ses effets bénéfiques, tant pour les enfants que pour les professionnels, et dans le cadre plus global de la priorité gouvernementale portée aux enjeux de protection et de prise en charge des enfants victimes de violences, **il a été décidé de promouvoir l'extension de ce protocole sur l'ensemble du territoire national**, et de mettre à disposition des acteurs un modèle de protocole (annexe). Ce même protocole est parallèlement diffusé auprès des acteurs de la justice.

L'intérêt de ce protocole est double :

- d'une part, de **fixer un cadre d'action précis et sécurisant pour les acteurs** (le parquet, les forces de l'ordre, l'aide sociale à l'enfance, les services de santé) amenés à agir dans l'urgence. Le protocole permet d'identifier le cadre d'action de chaque acteur pour faciliter la mise en place des actions des uns et des autres dans une complémentarité opérationnelle ;

- d'autre part, d'organiser une **hospitalisation immédiate et systématique de l'enfant victime** dans un service de pédiatrie dans le cadre d'un protocole de soins conjointement défini entre services de pédiatrie et de pédopsychiatrie ; c'est en effet le dispositif de prise en charge le mieux à même de protéger l'enfant, de lui apporter les premiers soins immédiats nécessaires, de commencer à construire le parcours de soins nécessaire à l'issue de son hospitalisation et de permettre une évaluation de la situation globale de l'enfant et de son entourage par les services de l'aide sociale à l'enfance (ASE).

En effet, les études internationales menées et les retours d'expériences français ont pu montrer que confier l'enfant à un membre de sa famille de manière immédiate n'est pas nécessairement toujours approprié : un féminicide ou un homicide représentent un traumatisme pour l'ensemble des membres de la famille, désorganisant souvent les liens familiaux et pouvant rendre les personnes indisponibles psychiquement pour prendre soin de l'enfant victime,

elles-mêmes pouvant nécessiter un soutien voire un suivi médical. En outre, il n'est pas rare qu'un ou plusieurs membres de la famille soient dans le déni et que les violences dont l'enfant a été victime ne soient pas considérées.

Il est nécessaire pour les enfants de bénéficier d'une prise en charge thérapeutique, au regard du traumatisme subi et des potentielles conséquences qui en découlent. Cet accompagnement doit pouvoir se mettre en œuvre le plus rapidement possible.

Présentation du contenu du protocole

Le modèle de protocole accompagné de ses fiches réflexes, annexé à la présente instruction, a pour objet de mettre en place une collaboration efficace et de préciser les rôles et obligations des différents acteurs, dans le cadre d'une prise en charge d'urgence en milieu hospitalier spécialisé, de l'enfant présent lors du féminicide ou de l'homicide de l'un de ses parents par son partenaire ou ex-partenaire. L'objectif est d'offrir, en plus d'une prise en charge adaptée, un espace de protection au regard des répercussions de l'acte sur la cellule familiale élargie ainsi qu'un temps d'évaluation et de prise en charge de l'ensemble des conséquences médicales et sociales sur l'enfant et ses conditions de vie.

Le protocole prévoit une prise en charge :

- systématique et immédiate pour les enfants témoins présents sur le lieu des faits ;
- recommandée pour les enfants absents de la scène de crime, l'application du dispositif étant alors laissée à l'appréciation du procureur de la République qui pourra le déclencher à tout moment.

Le protocole prévoit qu'à la suite d'un féminicide ou d'un homicide au sein du couple, le procureur de la République prend immédiatement une **ordonnance de placement provisoire (OPP) valide pour 8 jours maximum au profit de l'enfant mineur témoin des faits, en le confiant à l'ASE avec une orientation en service hospitalier.**

Le service d'aide médicale urgente (SAMU) peut être le primo-intervenant sur le lieu du crime et être chargé de conduire l'enfant à l'hôpital.

Une fois transporté à l'hôpital, l'enfant bénéficie d'une **évaluation somatique et psychique au sein d'un service de pédiatrie, en lien avec un service de pédopsychiatrie**. Le cas échéant, la fratrie doit être prise en charge au sein de la même unité autant que possible. A la demande du procureur de la République, **l'évaluation globale de l'enfant est initiée par l'ASE**, le jour même ou au plus tard le lendemain et un rapport d'évaluation est remis au procureur de la République avant la fin de la durée de l'ordonnance de placement provisoire. L'évaluation a pour objet de proposer un lieu d'accueil adapté à l'enfant à la sortie de l'hôpital en perspective d'une prise en charge pérenne, en évaluant l'environnement et les ressources familiales autour de l'enfant, sa situation personnelle et ses besoins. Si une solution familiale ou amicale est envisagée, elle prend en compte les évènements familiaux traumatiques et les enjeux qui devront exclusivement tenir compte de l'intérêt de l'enfant.

Des référents sont désignés au sein de chaque institution partenaire afin d'assurer la mise en place opérationnelle de ce protocole.

Des accompagnants spécifiquement formés au travail auprès d'enfants doivent être présents dans le service pédiatrique, et ce tout au long de l'hospitalisation de l'enfant afin d'assurer la continuité de la prise en charge et d'être une présence rassurante dans cette situation traumatisante.

Des retours d'expérience et un comité de suivi sont organisés selon des modalités déclinées dans le protocole.

Au regard de la spécifité des situations rencontrées et de la charge émotionnelle qu'elles peuvent susciter, il est encouragé de mettre en œuvre des actions **d'accompagnement des pratiques professionnelles**.

Attendus vis-à-vis des agences régionales de santé (ARS)

Il vous est demandé de diffuser cette instruction et le modèle de protocole aux établissements de santé de votre territoire ainsi qu'à vos partenaires institutionnels.

Les ARS sollicitent les acteurs afin d'évaluer leur intérêt pour la mise en place du protocole. Elles sont chargées de créer une synergie autour de ce dernier. Elle s'appuient pour cela sur le centre régional de psychotraumatisme de leur territoire, en particulier concernant les enjeux de formation des acteurs parties prenantes du protocole, notamment les services de l'ASE ; et si besoin sur les unités d'accueil pédiatrique enfant en danger (UAPED) déployées conformément à l'instruction du 3 novembre 2021[1].

Les ARS s'assurent que les établissements de santé ayant émis un intérêt pour la mise en place du protocole soient aptes à le faire. Cela nécessite une dynamique partagée entre services de pédiatrie et de pédopsychiatrie, un portage administratif fort de la direction de l'établissement, une vérification des locaux ainsi que de la formation des acteurs à la prise en charge d'enfants en situation de traumatisme.

Les ARS s'assurent que les relations avec le parquet général soient établies. Dans le cas contraire, elles font le nécessaire pour faciliter ces relations.

Les ARS établissent également un lien avec l'ASE et s'assurent de leur mise en relation avec les acteurs de la santé et de la justice.

Une remontée d'information sur le nombre de protocoles signés sera organisée par la DGOS d'ici la fin de l'année 2022.

Vous voudrez bien nous tenir informés de toutes difficultés rencontrées dans la mise en oeuvre de la présente instruction. Le bureau R4 de la DGOS et le bureau de la protection de l'enfance et de l'adolescence de la DGCS se tiennent à votre disposition pour tout complément d'information.

Vu au titre du CNP par le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales,

signé

Etienne CHAMPION

Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins par intérim,

signé

Cécile LAMBERT

Pour le secrétaire d'Etat et par délégation :
La directrice générale de la cohésion sociale,

signé

Virginie LASSERRE

[1] Instruction n° DGOS/R4/R3/R2/2021/220 du 3 novembre 2021 relative à la structuration de parcours de soins pour les enfants victimes de violences.

ANNEXE

MINISTÈRE
DE LA JUSTICE
Liberté
Égalité
Fraternité

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

PROTOCOLE TYPE DE PRISE EN CHARGE DES ENFANTS MINEURS PRESENTS LORS D'UN FEMINICIDE OU HOMICIDE AU SEIN DU COUPLE

Insertion des logos des signataires du protocole

Préambule

Selon les chiffres de référence publiés par le ministère de l'intérieur[1], en 2020, 125 personnes ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire de vie contre 173 l'année précédente, dans un contexte pandémique très particulier. Les femmes sont les principales victimes de ces homicides au sein du couple, avec 102 femmes tuées en 2020 et 146 en 2019. A ces données s'ajoutent, en 2020, 14 enfants mineurs tués dans un contexte de violences conjugales ou d'homicide au sein du couple.

Depuis des années, ces chiffres se maintiennent à un niveau important et nous imposent d'agir en faveur de la prévention de ces situations dramatiques, mais également dans le sens d'une amélioration de la prise en charge du ou des enfants touchés par ces situations de féminicide ou d'homicide au sein du couple. En effet, les enfants sont directement victimes de ces violences, en étant orphelins de l'un ou des deux parents décédés, et dans certains cas témoins directs du passage à l'acte. L'enjeu est de reconnaître la souffrance de ces enfants, d'y apporter une réponse adaptée et de les protéger.

En 2016, un dispositif expérimental, mis en place par des acteurs locaux volontaires, a été adopté en Seine-Saint-Denis dans le cadre d'une collaboration étroite entre le conseil départemental, par l'intermédiaire de son observatoire des violences envers les femmes, le parquet du tribunal de grande instance de Bobigny et le centre hospitalier intercommunal Robert BALLANGER à Aulnay-sous-Bois. Ce protocole, organisant la protection de l'enfant présent lors du féminicide ou de l'homicide, et sa prise en charge immédiate après les faits par des équipes hospitalières spécialisées, a démontré ses effets bénéfiques tant sur l'état de santé des enfants concernés[2], qu'en termes de réponse et repères apportés aux professionnels intervenant dans ces situations dramatiques et difficiles.

Ce protocole, toujours en vigueur en Seine-Saint-Denis, a pu être décliné et adapté à d'autres territoires, dont, en 2021, les ressorts des tribunaux judiciaires de Lyon et Villefranche-sur-Saône, sous l'impulsion du parquet général près la cour d'appel de Lyon avec les acteurs hospitaliers, en lien également avec la métropole de Lyon et le département du Rhône.

[1] *Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple en 2020*, ministère de l'intérieur.
[2] Voir notamment les thèses de Mmes C. LEMARCHAND et L. GUYOT.

L'intérêt de la mise en place de ces partenariats locaux et la nécessité d'assurer une prise en charge de qualité pour les enfants victimes de ce drame conduisent à étendre ce dispositif sur le ressort de la cour d'appel par le biais du présent protocole afin de permettre à chaque enfant confronté à ce drame de bénéficier d'une prise en charge adaptée.

Ainsi, le présent modèle de protocole définit les acteurs essentiels du dispositif, leurs rôles et obligations respectifs, les modalités de pilotage et de suivi pluri-institutionnel nécessaires au bon fonctionnement de ce dispositif dans la durée.

1. Objet du protocole

Le présent protocole vise à organiser les interventions et préciser les obligations de différents acteurs, travaillant en partenariat étroit pour permettre, dans l'urgence, la prise en charge en milieu hospitalier spécialisé de l'enfant présent lors du féminicide ou de l'homicide de l'un de ses parents par son partenaire ou ex-partenaire de vie.
Il s'agit d'offrir à cet enfant une prise en charge adaptée à sa qualité de victime de violences, notamment psychologiques, un espace de protection au regard des répercussions de l'acte de féminicide ou d'homicide au sein de la cellule familiale élargie, ainsi qu'un temps d'évaluation et de prise en charge de l'ensemble des conséquences médicales et sociales de l'acte sur sa personne et ses conditions de vie.

2. Public concerné

A titre de simplification, le terme « enfant » sera utilisé dans le présent protocole pour désigner, le cas échéant, l'ensemble des membres de la fratrie.

Sont concernés les enfants mineurs présents lors des faits, et ceux absents lors de l'acte mais très largement impactés par ce drame familial. En effet, ce protocole prévoit une double prise en charge :

- Systématique et immédiate pour les enfants témoins présents sur le lieu des faits ;
- Recommandée pour les enfants absents de la scène de crime, l'application du dispositif étant alors laissée à l'appréciation du procureur de la République qui pourra le déclencher à tout moment.

3. Descriptif du dispositif

Le présent protocole prévoit qu'à la suite d'un féminicide ou d'un homicide au sein du couple, le procureur de la République prend immédiatement au profit de l'enfant mineur témoin des faits une ordonnance de placement provisoire (OPP) valide pour 8 jours sur le fondement de l'article 375-5 du code civil, en le confiant aux services de l'aide sociale à l'enfance (ASE) territorialement compétents avec orientation en service hospitalier. Il est recommandé une hospitalisation d'au moins 72h, dont les délais pourront être ajustés si nécessaire. Si l'intérêt de l'enfant l'exige, le procureur de la République peut suspendre provisoirement les droits de visite et d'hébergement pendant cette période. Sur sollicitation motivée des intervenants médicaux ou sociaux, le procureur de la République peut, dans l'intérêt de l'enfant, modifier cette décision.

4. Rôle des différentes parties prenantes

Il convient de nommer une personne référente par sa fonction précise au sein de son institution, et dans la fiche technique, par son nom et ses coordonnées.

4.1 Le procureur de la République

Le procureur de la République, à la suite d'un féminicide ou d'un homicide au sein d'un couple, prend immédiatement une OPP, confiant l'enfant présent au moment des faits au service de l'ASE territorialement compétent, avec une orientation dans le service hospitalier désigné dans le cadre du protocole. Les conditions de cette hospitalisation sont définies aux paragraphes 3, 4.3 et 4.4.

Cette OPP est prise sur le fondement de l'article 375-5 du code civil, au regard de l'urgence, de la situation de danger à laquelle l'enfant est exposé et en considération de l'intérêt de l'enfant. Le procureur statue dans l'OPP sur les droits de visite et d'hébergement.

Le procureur de la République dirige les investigations diligentées dans le cadre de l'enquête pénale. Il donne ses instructions opérationnelles aux services de police ou de gendarmerie chargés de l'enquête. S'il l'estime opportun, il peut notamment prendre des réquisitions aux fins d'examen médico-légal du ou des mineurs témoins des faits.

Afin de faciliter la prise en charge du mineur dans le cadre de l'OPP, il demande au service en charge de l'enquête présent sur les lieux de préparer un trousseau pour l'enfant avec ses effets personnels[3]. Le service en charge de l'enquête s'assure du caractère complet du trousseau constitué, lequel est remis aux services en charge de transporter l'enfant. Il est recommandé que ce rôle revienne au SAMU ou aux pompiers.

Le procureur notifie son ordonnance :

- Au service de l'aide sociale à l'enfance désigné ;
- Au directeur de l'hôpital ;
- Au parent survivant ;
- Le cas échéant, au(x) conseil(s) des parties.

Il en adresse une copie aux services de police ou de gendarmerie. Il informe l'administrateur de garde de l'hôpital de la mise en œuvre du dispositif à l'égard d'un enfant et lui adresse tous les éléments utiles relatifs à la situation.

Le procureur de la République saisit le service de l'aide sociale à l'enfance aux fins d'évaluation de la situation de l'enfant.

Le procureur de la République demande aux services de police ou de gendarmerie en charge de l'enquête pénale de recueillir, dans le cadre d'auditions, toute information sur le fonctionnement de la cellule familiale, l'identité des personnes pouvant accueillir l'enfant ainsi que leurs adresses et leurs coordonnées. Dans le respect de l'enquête, il les communique à l'ASE.

L'audition de l'enfant est organisée au sein de l'unité d'accueil pédiatrique enfance en danger (UAPED), si elle existe. A défaut, notamment en fonction de l'état de santé somatique et psychique de l'enfant, cette audition peut se dérouler à l'hôpital. Dans la mesure du possible et pour éviter la réactivation des traumatismes, cette audition est réalisée dès les premiers jours de l'enquête.

Avant expiration du délai de 8 jours, le procureur de la République décide de la saisine éventuelle du juge des enfants en assistance éducative et lui communique les rapports d'évaluation médicale et sociale.

4.2 L'aide sociale à l'enfance

Le service de l'ASE territorialement compétent est saisi par le procureur de la République et informé de sa décision d'OPP, du lieu d'hospitalisation de l'enfant, des coordonnées des services de police ou de gendarmerie saisis de l'enquête pénale, ainsi que de toute information utile sur les circonstances du décès, la cellule familiale, les personnes ressources connues…

Le service de l'ASE désigne dans le cadre de l'urgence d'une part, l'établissement ou le service chargé de l'évaluation de la situation de l'enfant et de son environnement familial, et d'autre part, un professionnel (travailleur social ou inspecteur) en tant que référent de la situation qui sera spécifiquement formé sur la problématique des féminicides ou des homicides au sein du couple et sur la question du psychotraumatisme.

[3] Voir annexe.

L'évaluation sociale réalisée par le service ou l'équipe pluridisciplinaire désigné par l'ASE commence le jour même ou au plus tard le lendemain, notamment si le crime a été commis dans la nuit. Le rapport d'évaluation est remis au procureur de la République avant la fin de la durée de l'ordonnance de placement provisoire. Cette démarche d'évaluation doit viser à proposer un lieu d'accueil adapté à l'enfant à la sortie de l'hôpital en perspective d'une prise en charge pérenne, en évaluant l'environnement et les ressources familiales autour de l'enfant, sa situation personnelle et ses besoins. La proposition du lieu d'accueil, fondée sur les besoins de l'enfant et l'évaluation de son entourage, est travaillée de concert par l'ASE et les référents médicaux. Si une solution familiale ou amicale est envisagée, elle prend en compte les évènements familiaux traumatiques et les enjeux qui devront exclusivement tenir compte de l'intérêt de l'enfant.

Dans les 72 heures suivant l'OPP, l'ASE recueille le rapport de l'équipe médicale, l'annexe à son rapport d'évaluation sociale qui comporte une proposition de prise en charge adaptée de l'enfant à sa sortie d'hospitalisation, et transmet l'ensemble au parquet mandant en vue de la saisine du juge des enfants en assistance éducative.

4.3 Les équipes médicales

Le service d'aide médicale urgente (SAMU) peut être le primo-intervenant sur le lieu du crime, il peut aussi avoir été saisi téléphoniquement par les enquêteurs, parfois sur instruction du procureur de la République. Sauf autre modalité d'organisation locale convenue par les signataires de ce présent protocole, le SAMU conduit l'enfant présent sur la scène du crime à l'hôpital ou, en cas d'indisponibilité, confie cette mission au service départemental d'incendie et de secours (SDIS) qui assure alors l'accompagnement de l'enfant. En aucun cas, le service d'enquête ne transporte l'enfant. Toutes les informations utiles sur les faits et sur l'enfant sont transmises à l'équipe hospitalière qui va prendre en charge l'enfant conduit par les équipes du SAMU ou du SDIS. Ces équipes restent auprès de l'enfant jusqu'à ce que celui-ci soit pris en charge, de manière prioritaire, à l'hôpital.

Le référent médical est informé de l'arrivée de l'enfant à l'hôpital par le directeur ou son représentant.

Ce référent médical est désigné pour le suivi de l'enfant, afin de faciliter les contacts entre la pédiatrie et la pédopsychiatrie et les autres acteurs. Il est associé à l'évaluation par l'ASE. Ce référent est joignable à tout moment dans le cadre d'une astreinte.

Le chef de service de pédiatrie et le chef de pédopsychiatrie, dans le cas où ils ne sont pas référents médicaux, sont également informés de l'arrivée de l'enfant à l'hôpital par le directeur ou son représentant.

A son arrivée à l'hôpital, l'enfant est directement pris en charge au sein du service de pédiatrie, son accueil étant priorisé. La prise en charge de la fratrie dans une même entité de lieu doit être privilégiée.

Une évaluation somatique ainsi qu'une évaluation pédopsychiatrique, qui comprendra des aspects relatifs au psychotraumatisme, doivent être effectuées dans les 72h de l'arrivée de l'enfant, cette période pouvant être prolongée en cas de besoin. Le rapport d'évaluation médicale est transmis dans ce délai à l'ASE[4].

L'hospitalisation doit être anonyme afin de maintenir, dans la période qui suit immédiatement l'acte, le secret vis-à-vis de l'entourage de l'enfant.

[4] Cf. article L. 226-2-2 du code de l'action sociale et des familles.

A l'expiration du délai de 72 heures, l'équipe médicale du lieu d'hospitalisation de l'enfant détermine s'il est nécessaire de prolonger sa prise en charge médico-psychologique et en fixe les modalités.

L'ASE doit, sauf contre-indication médicale écrite et versée à son rapport, rencontrer l'enfant durant cette période en vue de préparer sa prise en charge en sortie d'hospitalisation.

Le référent médical porte à la connaissance de l'ASE la date de fin prévisible d'hospitalisation de l'enfant dès qu'elle est déterminée ou le cas échéant tout changement quant aux modalités de son hospitalisation.

L'ASE étant responsable de l'enfant du fait de l'OPP prise par le procureur de la République, elle effectue les formalités de sortie de l'enfant du service de pédiatrie.

Un échange d'informations concernant l'état de santé physique et psychologique de l'enfant est réalisé en amont de la sortie entre les services de pédiatrie, de pédopsychiatrie et l'ASE lors d'une réunion regroupant l'ensemble des partenaires[5].

La proposition du lieu d'accueil, fondée sur les besoins de l'enfant et l'évaluation de son entourage, est travaillée de concert par l'ASE et les référents médicaux. Une articulation fonctionnelle est essentielle entre les services de pédiatrie et de pédopsychiatrie concernés, le centre régional du psychotraumatisme (CRP) ainsi que l'unité d'accueil pédiatrique enfants en danger (UAPED) et l'équipe pédiatrique régionale référente du territoire.

Au-delà de la coopération de ces acteurs autour de la situation complexe de l'enfant, ils pourront être sollicités pour organiser, si besoin, la prise en charge des personnes intervenues sur la scène du crime, les voisins et l'entourage proche de la victime, l'audition de l'enfant dans des conditions adaptées, etc.

4.4 Les accompagnants durant la période d'hospitalisation de l'enfant

Il est opportun qu'une personne formée à l'accompagnement des enfants soit présente dans le service pédiatrique auprès de l'enfant en permanence afin d'aider à la continuité de la prise en charge et de le rassurer durant cette période particulière. Cette personne doit être détachée spécifiquement pour cette mission. Cette mission peut éventuellement être assurée par deux personnes au lieu d'une seule, afin de permettre des roulements et des temps de récupération pour les personnes.

Il revient aux parties prenantes de chaque dispositif local de trouver le bon acteur qui fournira le ou les accompagnants. Le centre régional du psychotraumatisme pourra être en charge de la formation de ces accompagnants.

5. Mise en œuvre et suivi du protocole

5.1 Référents

Afin de mettre en place ce protocole de manière opérationnelle, des référents sont désignés au sein de chaque institution partenaire. Les différents acteurs sont libres du choix de ces personnes mais elles devront être bien identifiées, ainsi que leurs coordonnées, dans les fiches en annexe du protocole. Ces fiches et les coordonnées devront être mises à jour dès qu'un changement de référent aura lieu.

5.2 RETEX

Après chaque déclenchement du protocole, un retour sur expérience est effectué avec tous les intervenants, sous l'égide du procureur ayant eu à connaître de la situation afin d'identifier ce qui a bien fonctionné et les points à améliorer du protocole.

---

[5] Idem.

5.3 Comité de suivi

Il est mis en place un comité de suivi du protocole qui se réunit au moins une fois par an à la date anniversaire de la signature du protocole.

Ce comité de suivi est réuni à l'invitation du procureur général, en concertation avec le président du conseil départemental et de la délégation départementale de l'agence régionale de santé (DDARS) en lien avec les directions des établissements de santé concernés. En amont, les différentes parties prenantes auront fait remonter les données quantitatives et qualitatives pertinentes relatives au suivi, à l'évaluation et à l'évolution le cas échéant de ce protocole.

Un exercice test annuel est à organiser chaque année, à l'initiative du procureur général, afin de garder les réflexes de mise en œuvre de ce protocole et d'en faire un outil systématique.

Signataires

- Procureur général près la cour d'appel ;
- Directeur général de l'agence régionale de santé ;
- Président du conseil départemental ;
- Directeurs du ou des centres hospitaliers ;
- Procureurs des tribunaux judiciaires ;
- Directeur du SDIS le cas échéant.

Annexes transmises à l'ensemble des parties prenantes

Annexes à réaliser par les parties au protocole avec les coordonnées des intervenants

Fiche réflexe Parquet avec coordonnées utiles et détails opérationnels des missions

Fiche réflexe acteurs hospitaliers avec coordonnées utiles

Fiche réflexe ASE avec coordonnées utiles

Fiche utile Trousseau de l'enfant

Annexe 1 du protocole

Fiche technique « réflexe » du parquet

Personne référente du protocole :

- **Nom et fonction :**
- **Ligne directe :**
- **Adresse électronique :**

Coordonnées de la permanence du parquet de [Ville] (joignable 24H/24) :

- Numéro de téléphone :
- Mail :

Etape 1 : Jour J

- Vérifier immédiatement auprès de l'officier de police judiciaire (OPJ) si la victime avait un ou des enfants mineurs, présents ou non sur la scène de crime.

Dans l'affirmative,

- OPP :
  - d'une durée de 8 jours ;
  - confiant l'enfant aux services de l'aide sociale à l'enfant (ASE) territorialement compétents et en l'orientant en service hospitalier (recommandation d'au moins 72h) ;
  - si l'intérêt de l'enfant l'exige, suspension provisoire des droits de visite et d'hébergement pendant cette période ;
  - notifiée :
    - au service de l'aide sociale à l'enfance désigné,
    - au directeur de l'hôpital,
    - au parent survivant,
    - le cas échéant, au(x) conseil(s) des parties.
  - copie adressée par courriel[1] :
    - à l'administrateur de garde de l'hôpital,
    - au service enquêteur.

- Appel téléphonique (annonçant la saisine, et exposant la situation et tout élément utile à la prise en charge)[2] :
    - au service de l'aide sociale à l'enfance désigné,
    - à l'administrateur de garde de l'hôpital.

- Demander au service en charge de l'enquête présent sur les lieux de préparer un trousseau pour l'enfant avec ses effets personnels ;

[1] Préciser les adresses.
[2] Préciser les coordonnées.

- Saisir l'ASE territorialement compétente, aux fins d'évaluation de la situation du ou des mineurs. Dans le respect de l'enquête, communication au service de l'ASE chargé de l'évaluation d'informations complémentaires, recueillies par les enquêteurs, relatives à la composition et au fonctionnement de la famille, ainsi que les identités et coordonnées des personnes pouvant accueillir l'enfant.

Etape 2 : entre J+3 et J+8

- Réception du rapport d'évaluation de l'ASE, comprenant l'avis de l'équipe médicale en charge de l'enfant, et formulant des propositions sur les éventuelles personnes ressources pouvant assurer un accueil durable de l'enfant ;

- Le cas échéant, saisine du juge des enfants dans le délai de 8 jours à compter de l'OPP, en lui communiquant les rapports d'évaluation médicale et sociale.

Fiche technique « réflexe » médicale

Coordonnées joignables 24H/24 (personne référente du protocole et/ou numéros de permanences/astreintes) :

- Nom ou fonction :
- Numéro de téléphone :
- Mail :

Etape 1 : Jour J

SAMU :

- Transport de l'enfant présent sur la scène du crime à l'hôpital par le SAMU ou le SDIS si le SAMU n'est pas disponible, sauf autre modalité d'organisation locale convenue par les signataires du protocole ;

- Transmission par le SAMU des informations utiles sur les faits et sur l'enfant à l'équipe hospitalière qui va prendre en charge l'enfant.

Au sein de l'établissement de santé :

- Information du référent médical du protocole par le directeur de l'hôpital ou son représentant de l'arrivée de l'enfant ;
- Le référent médical du protocole facilite le lien entre l'ensemble des acteurs. Il est associé à l'évaluation par l'ASE. Il est joignable à tout moment dans le cadre d'une astreinte ;
- Prise en charge de l'enfant (ou de la fratrie) dans un service de pédiatrie (autant que possible au sein de la même unité) ;
- Anonymisation de l'hospitalisation.

Etape 2 : entre J et J+3

- Evaluation somatique et pédopsychiatrique de l'enfant. Le rapport d'évaluation médicale est transmis à l'ASE[3] ;
- Sur instruction du magistrat en charge de l'enquête, l'audition de l'enfant est organisée au sein de l'unité d'accueil pédiatrique enfance en danger (UAPED) si elle existe. A défaut, cette audition peut se dérouler à l'hôpital ;
- Si nécessaire, proposition par l'équipe médicale de prolonger la prise en charge médico-psychologique de l'enfant au-delà de 3 jours.

Etape 3 : J+3

Le référent médical porte à la connaissance de l'ASE la date de fin prévisible d'hospitalisation de l'enfant dès qu'elle est déterminée ou le cas échéant tout changement quant aux modalités de son hospitalisation.

Le référent médical travaille avec l'ASE sur la proposition du lieu d'accueil.

[3] Cf. article L. 226-2-2 du code de l'action sociale et des familles.

Fiche technique « réflexe » du service de l'ASE territorialement compétent

Coordonnées joignables 24H/24 (personne référente du protocole et/ou numéros de permanences/astreintes) :

- Nom ou fonction :
- Numéro de téléphone :
- Mail :

Etape 1 : Jour J

- Réception de l'OPP par le service de l'ASE territorialement compétent. Il est informé du lieu d'hospitalisation de l'enfant, des cordonnées des services de police ou de gendarmerie saisis de l'enquête pénale, ainsi que de toute information utile sur les circonstances du décès, la cellule familiale, les personnes ressources connues ;
- Désignation de l'établissement ou du service chargé de l'évaluation de l'enfant et de son environnement familial ;
- Désignation d'un professionnel de l'ASE en tant que référent de la situation.

Etape 2 : entre J et J+1

- Initier l'évaluation sociale de l'enfant par un binôme-pluridisciplinaire formé sur cette thématique ;

– Vérifier auprès des services de protection de l'enfance du département s'ils avaient ou non connaissance de la situation, et le cas échant, veiller à une prise d'attache avec les professionnels référents de la situation.

Etape 3 : (entre J et J+8)

- Evaluation de la situation comprenant des rencontres avec l'enfant et son entourage ;

- Transmission du rapport d'évaluation au procureur de la République avec le rapport d'évaluation médicale en annexe, avant la fin de la durée de l'ordonnance de placement provisoire ;

- Le service de l'ASE travaille de concert avec le référent médical à la proposition d'un lieu d'accueil.

Annexe 2 du protocole

FICHE TROUSSEAU A CONSTITUER POUR L'ENFANT

Documents administratifs :

- ✓ Carnet de santé, carte vitale
- ✓ Document d'identité de l'enfant et/ou livret de famille et/ou acte de naissance

Effets personnels :

- ✓ Vêtements de l'enfant (jour/nuit y compris gigoteuse s'il y a)
- ✓ Photos de la famille
- ✓ Doudous/jeux/jouets habituels/livres
- ✓ Vêtement avec odeur de la mère, si enfant en bas âge
- ✓ Tétines
- ✓ Biberons
- ✓ Lait/ petits pots, habitudes et rythme alimentaire, notamment s'il est allaité ou non *Description* :
- ✓ Si enfant en bas âge, habitude/rituel du coucher, rythme du sommeil, veilleuse, etc. *Description* :
- ✓ Vérifier que l'enfant ne porte pas de lunettes ou d'appareillage auditif ou d'appareillage dentaire
- ✓ Prendre tout traitement médical suivi par l'enfant
- ✓ Objets que l'enfant souhaite emporter (lui poser la question)

Scolarité :

- ✓ Livrets scolaires ou au moins des informations sur le lieu de scolarisation
- ✓ Cartables et affaires scolaires

Contacts utiles :

- Famille maternelle (indiquer le nom, le lien de parenté avec l'enfant et les coordonnées téléphoniques des personnes)
- Famille paternelle (indiquer le nom, le lien de parenté avec l'enfant et les coordonnées téléphoniques des personnes)
- Etablissement scolaire (nom de l'établissement, coordonnées téléphoniques de l'établissement et nom du professeur de l'enfant)

Ministère des solidarités et de la santé
Ministère de la transformation et de la fonction publiques

Convention 12-363-DNUM-CSOC-0040 du 12 avril 2022
pour le financement du projet « Migration vers RIE V2 »

NOR : SSAZ2230389X

ENTRE

La Direction interministérielle du numérique,
sise 20 avenue de Ségur, 75007 PARIS,
représentée par Guy DUPLAQUET, responsable du département ISO,
ci-après désignée « DINUM »,

D'une part,

ET

La Direction du numérique du Ministère des solidarités et de la santé,
sise 39 quai André-Citroën, 75015 PARIS,
représentée par Hélène BRISSET, directrice,
ci-après désignée « DNUM ministérielle »,

D'autre part.

Vu l'instruction DGFIP du 9 mars 2021 relative à l'application de la circulaire CCPB2100712C de gestion budgétaire du plan de relance du 11 janvier 2021,

Vu la circulaire n° 6300/SG du Premier ministre du 30 août 2021 relative à la mise en œuvre et au suivi des mesures du plan national de relance et de résilience,

Migration vers RIE V2

Cette convention de financement de projet définit les modalités d'exécution du projet, qui conditionnent le versement des crédits.

1. Identification du projet

Nom du projet : Migration vers RIE V2.
Thématique concernée : Augmenter les débits réseau (SNAP1).

2. Intégration des logos France Relance et NEXT GEN EU

Si le projet implique un site accessible sur Internet ou toute communication auprès du public et autres professionnels en lien avec le projet, alors la DNUM ministérielle s'engage à intégrer sur ce site en début de parcours et dans ses communications en lien avec le projet, d'une part une mention du cofinancement apporté par France Relance (via notamment l'inclusion du logo France Relance) et d'autre part une mention du cofinancement apporté par l'Union Européenne dans le cadre du plan NEXT GEN EU (également via l'inclusion du logo NEXT GEN EU).

3. Niveau et calendrier de co-financement du projet par le plan de relance

Le niveau de cofinancement par année du projet est le suivant :

	2022	2023
AE	523 620 €	
CP	523 620 €	

Le financement est mis à disposition dès la signature de la présente convention.

4. Modalités du co-financement par le plan de relance du projet

Les crédits sont mis à disposition sur le centre financier 0363-DNUM-CSOC.

REFERENCES CHORUS (pour les services bénéficiaires de l'Etat)	
Domaine fonctionnel	0363-04
Centre financier	0363-DNUM-CSOC
Activité(s)	036304020001 Fonds SNAP
Projet analytique ministériel	12-363-DNUM-CSOC-0040

5. Reporting budgétaire

Chaque dépense (ou versement de subvention) effectuée depuis l'UO déléguée en gestion se fera en utilisant le code PAM « 12-363-DNUM-CSOC-0040 » de CHORUS.

La DNUM ministérielle est tenue de respecter ce marquage au titre de la convention de délégation de gestion sur le centre financier 0363-DNUM-CSOC ; elle sera ainsi dispensée de reporting budgétaire systématique dans la mesure où la DINUM pourra extraire les informations nécessaires dans CHORUS.

La DNUM ministérielle répondra aux sollicitations de la DINUM (prise d'information, dialogue de gestion).

6. Reporting projet

La DNUM ministérielle :

- Fournira, à la DINUM, chaque trimestre, un point de situation sur l'état du projet en faisant le lien avec la consommation budgétaire.
Nos équipes vous solliciterons à ce sujet. Pour ce faire, vous utiliserez ce formulaire :
https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/reporting-projet-laureats-itn-snap
- Fournira à la DINUM la liste des entreprises, avec leur numéro de département, dont le siège social est établi en France et qui bénéficieront de commandes dans le cadre du financement accordé :
    - A la signature de la présente convention,
    - A chaque nouvelle entreprise répondant au critère,
    - En fin de projet.
- Facilitera le suivi projet avec la DINUM en nommant un ou plusieurs référents identifiés et répondra à toutes ses sollicitations sur l'avancement de son projet.

7. Modifications de la convention

La présente convention peut être modifiée par voie d'avenant signé par les parties en cas de modification de ses modalités d'exécution.

En particulier, toute difficulté majeure dans la réalisation du projet sera portée à la connaissance de la DINUM qui pourra suspendre ou interrompre les financements initialement définis.

8. Recouvrement des indus

La DINUM se réserve le droit de recouvrer intégralement ou partiellement le financement prévu au point 3, à due concurrence de la mise en œuvre effective du projet en cas :

- de non-exécution du projet conventionné ;
- d'exécution non conforme aux modalités de réalisation conventionnées ;
- de non transmission des éléments de reporting budgétaire et projet prévus aux points 5 et 6 de la présente convention.

La DINUM ne saurait être tenue responsable d'éventuelles irrégularités générées par le bénéficiaire, ou la DNUM ministérielle le cas échéant, et constatées lors de contrôles européens ou nationaux. La DINUM procède au recouvrement des sommes indues en cas de correction financière demandée à la suite d'un contrôle.

9. Respect des exigences de la piste d'audit

Le respect des exigences issues de la piste d'audit européenne présentées en annexe, s'applique à la présente convention. La DNUM ministérielle est réputée avoir pris connaissance de ces exigences.

Fait le 12 avril 2022.

Pour la Direction interministérielle du numérique :
Le responsable du département ISO,
Guy DUPLAQUET

Pour la Direction du numérique
du Ministère des solidarités et de la santé :
La directrice,
Hélène BRISSET

ANNEXE

EXIGENCES ISSUES DE LA PISTE D'AUDIT EUROPENNE

Les entités chargées de la gestion du plan de relance doivent veiller au respect des exigences suivantes issues de la piste d'audit européenne :

- prévenir et corriger les risques de fraude, de corruption et de conflits d'intérêt et procéder à une notification en cas de soupçon ;

- garantir l'efficacité des vérifications opérées aux fins de prévention de double financement au titre de la facilité pour la relance et la résilience et d'autres programmes de l'Union, conformément au principe de bonne gestion financière ;

- garantir le respect de la réglementation relative aux aides d'Etat ;

- vérifier la fiabilité et la validité des éléments relatifs au respect des jalons et cibles (examens documentaires, contrôles sur place, etc.) ;

- recouvrer les sommes indues ou procéder aux corrections financières ;

- assurer la collecte et le stockage des données permettant l'audit et le contrôle, notamment les données relatives aux bénéficiaires finaux contractants et sous-contractants, les bénéficiaires effectifs du destinataire des fonds ou du contractant, ainsi que la liste de toutes les mesures de mise en œuvre des réformes et des projets d'investissement au titre du plan de relance et la résilience, avec le montant total du financement public de ces mesures et en indiquant le montant des fonds versés au titre de la facilité et d'autres fonds de l'Union. Ces procédures devront comprendre l'accès aux données par la Commission européenne, l'OLAF, la Cour des comptes européenne et le·Parquet européen ;

- assurer la visibilité du financement de l'Union.

La DNUM ministérielle met tout en œuvre pour éviter les irrégularités ciblées par la piste d'audit, dans l'exécution des projets.

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

INSTRUCTION N° SGMCAS/2022/106 du 12 avril 2022 relative à la déclinaison pour 2022 de la politique relative aux 1000 premiers jours de l'enfant

Le ministre des solidarités et de la santé
Le secrétaire d'Etat auprès du ministre des solidarités
et de la santé, chargé de l'enfance et des familles

à

Mesdames et Messieurs les préfets de région
Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Copie à :

Mesdames et Messieurs les préfets de département
Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux de l'économie,
de l'emploi, du travail et des solidarités
Monsieur le directeur régional et interdépartemental de l'économie,
de l'emploi, du travail et des solidarités
Mesdames et Messieurs les directeurs de l'économie,
de l'emploi, du travail et des solidarités
Mesdames et Messieurs les directeurs des directions départementales
de l'emploi, du travail et des solidarités
Mesdames et Messieurs les directeurs des directions départementales
de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection de la population
Mesdames et Messieurs les commissaires à la lutte contre la pauvreté

Référence	NOR : SSAZ2211447J (numéro interne : 2022/106)
Date de signature	12/04/2022
Emetteur	Ministère des solidarités et de la santé Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
Objet	Déclinaison pour 2022 de la politique relative aux 1000 premiers jours de l'enfant.
Commande	Suivi et consolidation des actions 2021, lancement d'un appel à projets.
Actions à réaliser	Travailler les 1000 premiers jours dans le cadre partenarial des nouveaux comités départementaux des services aux familles, continuer à renforcer le parcours 1000 premiers jours (entretien prénatal précoce entretien postnatal, visites à domicile, *etc.*), décliner le parcours 1000 premiers jours pour les situations de

	vulnérabilité (psychiatrie périnatale, accompagnement à domicile, Référent Parcours Périnatalité, *etc.*), améliorer la qualité de l'accueil du jeune enfant, continuer à informer et à sensibiliser sur les 1000 premiers jours (sac des 1000 premiers jours, application mobile, site Internet, *etc.*), reconduire les appels à projets régionaux, renforcer la dynamique partenariale.
Echéance	Tout au long de l'année 2022, en fonction de l'avancée des différents chantiers.
Contacts utiles	Les 1000 premiers jours de l'enfant Mayalen IRON Tél. : 01 40 56 41 60 Mél. : mayalen.iron@sg.social.gouv.fr Pierre-Yves MANCHON Mél. : pierre-yves.manchon@sg.social.gouv.fr 1000premiersjours@sg.social.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	8 pages + 2 annexes (4 pages) Annexe 1 - Thèmes des appels à projets régionaux 1000 premiers jours Annexe 2 - Les Maisons des 1000 premiers jours
Résumé	En cohérence avec l'ensemble des stratégies lancées au niveau national et ancrées au niveau territorial, la présente instruction identifie les actions à consolider en 2022 concernant les 1000 premiers jours de l'enfant, notamment autour du parcours 1000 jours et de la meilleure connaissance des enjeux de cette période. Elle invite à la reconduction des appels à projets (APP) régionaux afin de poursuivre la mobilisation des acteurs de terrain et de renforcer localement la dynamique partenariale.
Mention Outre-mer	Le texte s'applique aux Outre-mer, sans dispositifs particuliers.
Mots-clés	1000 premiers jours - périnatalité - petite enfance - lutte contre les inégalités - parentalité.
Classement thématique	Enfance et famille
Texte de référence	INSTRUCTION N° SGMCAS/2021/74 du 1er avril 2021 relative aux engagements du Gouvernement pour l'année 2021 autour de la politique des 1000 premiers jours de l'enfant et de ses modalités de déclinaison territoriale, ainsi qu'aux leviers supplémentaires mis à disposition des acteurs locaux.
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	En particulier : membres des comités départementaux des services aux familles, CAF, CPAM, MSA, conseils départementaux (dont les services de la protection maternelle et infantile [PMI]), communes et intercommunalités, UDAF [Unions départementales des associations familiales], établissements et réseaux de santé (dont réseaux de santé périnatale), communautés professionnelles territoriales de santé, établissements et professionnels de l'accueil du jeune enfant, établissements, services de soutien à la parentalité et

	réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP), établissements et services du secteur du handicap dont les plateformes de coordination et d'orientation (PCO).
Validée par le CNP le 15 avril 2022 - Visa CNP 2022-44 **Visée par le SGMCAS le 26 avril 2022**	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

La feuille de route d'avril 2021 sur les 1000 premiers jours de l'enfant a donné lisibilité et ampleur aux mesures permettant de mieux répondre aux besoins des enfants et de leurs parents, dans cette période décisive pour le bien-être de l'individu et la lutte contre les inégalités de destin. Cette feuille de route a également conduit à la mise en place des dispositifs innovants sur les territoires grâce à la très forte mobilisation des acteurs.
Toujours en cohérence avec l'ensemble des stratégies lancées au niveau national et ancrées au niveau territorial, rappelées dans l'INSTRUCTION N° SGMCAS/2021/74 du 1er avril 2021, la présente instruction précise les modalités de poursuite de la politique des 1000 premiers jours en 2022 et le soutien à la dynamique qu'elle a rencontrée. Elle identifie les actions à consolider en 2022, notamment autour du parcours des 1000 premiers jours et de la meilleure connaissance des enjeux de cette période. Elle invite à la reconduction en 2022 des appels à projets régionaux afin de poursuivre la mobilisation des acteurs de terrain et de renforcer localement la dynamique partenariale qui est au cœur de ce chantier.

1. Après les premiers jalons de 2021, il importe de consolider en 2022 les actions engagées

1.1 Continuer à renforcer le parcours 1000 premiers jours autour des premiers moments clés

Pour soutenir le développement de l'entretien prénatal précoce (EPP), l'accent sera mis sur l'information et la formation (objectif : 70 % des femmes enceintes bénéficiant d'un EPP en 2022 contre 55 % en 2020). Ainsi, des outils de communication et sensibilisation seront mis à disposition des professionnels au cours de l'année 2022. Par ailleurs, les travaux menés ayant permis l'inscription de l'EPP dans les orientations prioritaires de l'Association nationale pour la formation du personnel hospitalier (ANFH), des formations spécifiques à la conduite de l'EPP seront proposées. Il existe en effet un véritable enjeu d'une culture commune autour de l'EPP au sein des territoires et de décloisonnement des pratiques hôpital/ville/protection maternelle et infantile (PMI), en lien avec les réseaux de santé en périnatalité. Enfin, la révision des missions des réseaux en santé périnatale valorisera leur rôle dans la sensibilisation et la montée en compétence des professionnels sur ce sujet. L'Assurance maladie poursuivra quant à elle ses actions d'information des assurés et des professionnels et les étendra via une information personnalisée pour les femmes enceintes.

Vous soutiendrez par les moyens que vous jugerez appropriés la mobilisation des staffs médico-psycho-sociaux des maternités afin de renforcer le repérage des situations de fragilité et de favoriser un suivi coordonné à domicile.

Le développement des visites à domicile (VAD) continuera à être encouragé, en particulier dans le cadre de la contractualisation *Stratégie Prévention et Protection de l'Enfance* (soutien aux visites à domicile par des sages-femmes, des infirmières puéricultrices et des auxiliaires de puériculture de PMI et renforcement des interventions de techniciens de l'intervention sociale et familiale)[1]. Santé publique France élaborera au cours de l'année un **guide des interventions de prévention à domicile** à destination de l'ensemble des acteurs qui souhaitent mettre en place ou approfondir de telles interventions. Vous êtes invités à les soutenir par tout moyen que vous jugerez approprié.

Pour favoriser l'accès aux droits, lutter contre l'isolement et favoriser la pair-aidance, l'expérimentation de groupes de naissance se poursuivra. Intégrés au parcours « Naissance et accompagnement de jeunes parents », conjointement initié par les réseaux des caisses d'allocations familiales (CAF) et caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), ces groupes[2] sont déclinés en 3 configurations selon les besoins des parents : informations (en partenariat avec la CPAM), partage, thématiques spécifiques (ex. situation de handicap, grossesse précoce, etc.). Une évaluation sera menée en cours d'année. En complémentarité, les CPAM poursuivront leurs ateliers « maternité » dédiés plus spécifiquement au suivi médical et préventif de la grossesse.

Enfin, l'entretien postnatal obligatoire entrera en vigueur au 1er juillet 2022. Introduit par l'article 86 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2022, cet entretien est à réaliser entre les quatrième et huitième semaines qui suivent l'accouchement, dans une approche globale de prévention en postpartum. Dans une approche de santé globale de la mère, il vise notamment à repérer les premiers signes de la dépression du postpartum ou les facteurs de risques qui y exposent (troubles du sommeil, idées suicidaires, conduites addictives, indicateurs de vulnérabilité à des états de souffrance psychique…), à évaluer les éventuels besoins de la femme (de 15 à 20 % des nouvelles mères seraient concernées) ou du conjoint en termes d'accompagnement et à les orienter le cas échéant vers les prises en charge nécessaires. Une recommandation en cours d'élaboration par la Haute Autorité de santé (HAS) contribuera au travail de sensibilisation des professionnels de santé habilités à le réaliser (médecins, sages-femmes) et les aidera au repérage des troubles psychiques périnataux. Une information des femmes sera mise en place notamment par l'Assurance maladie, pour accompagner la création de cet acte.

1.2 Décliner le parcours 1000 premiers jours pour les situations de vulnérabilité

En matière de psychiatrie périnatale, le renforcement des équipes mobiles et des unités de soins conjoints se poursuit en 2022[3]. L'appel à projets annuel de renforcement de l'offre de *psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* intègrera la psychiatrie périnatale parmi ses axes prioritaires. La réforme des autorisations des activités de soins doit également contribuer à mieux identifier la psychiatrie périnatale et à en déterminer les conditions techniques de fonctionnement, dans le cadre d'une future mention dédiée au sein de l'activité de psychiatrie.

Pour ce qui concerne la prématurité, 2022 permettra d'éprouver les différents types d'organisation d'accompagnement à domicile avec en parallèle la réforme de l'hospitalisation à domicile (HAD) et l'expérimentation de la réalisation de soins de néonatologie au domicile des nouveau-nés par les structures autorisées à l'activité de néonatologie. Cette expérimentation, d'une durée de trois ans, concernera 10 équipes. Une évaluation finale permettra d'identifier les points forts / points faibles du dispositif et l'intérêt éventuel de sa généralisation[4].

---

[1] INSTRUCTION N° DGCS/SD2B/DGS/SP1/2022/61 du 18 février 2022 relative à la contractualisation préfet/ARS/département en prévention et protection de l'enfance pour l'exercice 2022.

[2] 8 CAF expérimentatrices depuis l'automne 2021 : Côtes d'Armor, Hautes-Alpes, Isère, Pas-de-Calais, Pyrénées-Atlantiques, Hautes-Pyrénées, Sarthe, Seine-Saint-Denis, Réunion.

[3] En 2021, l'appel à projets disposait d'un volet spécifique, dédié à la psychiatrie périnatale. Il a permis de soutenir 27 équipes mobiles ou équipes de liaison et 11 unités de soins conjoints.

[4] Décret n° 2022-524 du 11 avril 2022 relatif à la réalisation à titre expérimental de soins de néonatologie au domicile des patients par des unités de néonatologie.

Par ailleurs, dès son autorisation, une expérimentation dans 3 régions devrait permettre le développement d'un parcours de soins précoces et coordonnés du nouveau-né vulnérable en lien étroit avec les plateformes de coordination et d'orientation pour suspicion de troubles du neuro-développement (PCO TND).

Les services d'accompagnement à la périnatalité et à la parentalité pour les parents en situation de handicap seront généralisés en 2022 (un par région a minima) dans le cadre de la circulaire budgétaire à laquelle sera annexée le cahier des charges. Dispositifs de médiation, d'accompagnement d'appui au droit commun, ces services pourront s'appuyer sur l'expérience des 7 agences régionales de santé (ARS) pilotes sur le sujet[5].

L'expérimentation du « Référent Parcours Périnatalité » se poursuit enfin dans 4 territoires pilotes (RéPAP[6]). Elle propose un accompagnement gradué et personnalisé à la femme enceinte et au couple dès le début de la grossesse et jusqu'aux 3 mois de leur enfant**.** Dans le cadre de l'article 51 de la LFSS pour 2018, cette expérimentation est en complémentarité et en coordination avec les dispositifs existants (ville/hôpital/PMI) et les acteurs concernés sur le territoire par le parcours 1000 jours (communautés professionnelles territoriales de santé [CPTS], réseaux en santé périnatale, CPAM, CAF, etc.). Une évaluation intermédiaire indépendante sera conduite en 2022.

1.3 Donner du temps aux parents et favoriser la qualité de l'accueil du jeune enfant

L'année 2022 permettra le déploiement de la réforme du congé paternité sur une année pleine et ainsi disposer d'un recul supplémentaire sur le recours à ce congé allongé. L'Assurance maladie et la Mutualité sociale agricole (MSA) poursuivront l'information personnelle et systématique des femmes enceintes par des emails adressés à la fin du 8ème mois de grossesse. Une étude quantitative mesurant l'évolution du recours au congé paternité et la durée de celui-ci sera menée. Elle sera complétée d'une post-enquête qualitative afin d'apprécier l'effet du congé et de la réforme sur la présence des pères pendant les premiers jours de l'enfant et le rééquilibrage des tâches domestiques et parentales.

En matière d'amélioration de la qualité de l'accueil du jeune enfant, le plan de formation Enfance=Egalité initié dans le cadre de la *Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté* sera poursuivi, notamment son volet territorial, animé par les commissaires régionaux à la lutte contre la pauvreté. Par ailleurs, les projets d'établissement devront être actualisés d'ici au 1er septembre 2022 afin de décliner les principes de la charte nationale pour l'accueil du jeune enfant désormais opposable à tous les modes d'accueil[7].

Afin de guider les politiques publiques en matière de soutien à la parentalité, la charte nationale adoptée en mars 2022[8] identifie huit principes clés. Elle devra se traduire concrètement dans les pratiques professionnelles et bénévoles à destination des parents et futurs parents de jeunes enfants.

1.4 Poursuivre la dissémination des connaissances sur les 1000 premiers jours et la sensibilisation des parents et professionnels aux enjeux de cette période

Dans le sillage de la campagne lancée par Santé publique France à l'automne 2021, du développement d'outils tels que le site 1000-premiers-jours.fr, de l'application mobile 1000 premiers jours et du *Livret de nos 1000 premiers jours* (diffusé par les CAF et MSA aux futurs parents depuis octobre 2021), des actions complémentaires seront mises en place en 2022.

---

[5] Régions dans lesquelles le dispositif a été déployé en 2021 : Ile-de-France, Grand Est, Centre-Val-de-Loire, Corse, Guyane, Nouvelle-Aquitaine, Hauts-de-France.

[6] CPTS Centre Essonne (Ile-de-France), Drôme (Auvergne-Rhône-Alpes), Touraine (Centre-Val-de-Loire), Guyane.

[7] Arrêté du 23 septembre 2021 portant création d'une charte nationale pour l'accueil du jeune enfant, pris en application de l'article L. 214-1-1 du code de l'action sociale et des familles.

[8] Arrêté du 9 mars 2022 portant création d'une charte nationale de soutien à la parentalité, pris en application de l'article L. 214-1-2 du code de l'action sociale et des familles.

En direction des parents :

- **La remise systématique d'un Sac des 1000 premiers jours lors du séjour à la maternité sera expérimentée à grande échelle** dans 77 % des maternités de France métropolitaine. Il contient des objets du quotidien invitant à adopter des pratiques bénéfiques à la sécurité, à la santé et au développement de l'enfant, selon un cahier des charges précisant leur caractère peu émissif et sain pour l'enfant et la mère allaitante ;
- **L'application mobile 1000 premiers jours s'enrichira de nouveaux contenus**, avec la création de parcours spécifiques par exemple autour du handicap (parent ou enfant en situation de handicap), avec l'approfondissement de thématiques telles que l'allaitement ou la mise à disposition des ressources pour les familles monoparentales ;
- **Santé publique France rediffusera en 2022 ses campagnes** sur la diversification alimentaire et sur les 1000 premiers jours.

En direction des professionnels des 1000 premiers jours :

- **L'Assurance maladie poursuivra son travail de sensibilisation des professionnels de santé (médecins – sages-femmes) à l'importance de cette période**, notamment à travers sa newsletter ;
- **L'opération « Vous êtes les professionnels des 1000 premiers jours »** permettra, via un enregistrement en ligne de ces derniers, de faire connaître leurs actions en faveur des 1000 premiers jours à l'échelle d'un territoire, de favoriser leur sensibilisation aux priorités des 1000 premiers jours ;
- **D'autres initiatives, nationales et locales, pourront compléter utilement cet outillage notamment dans le cadre du repérage des troubles psychiques périnataux** : une action de communication dès l'été et la création d'un MOOC (massiv open online courses) pour les professionnels de 1ère ligne au premier semestre 2023, dans le cadre du déploiement du programme européen PATH (Pathways to improving perinatal mental health), coordonné pour la France par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS).

Ces éléments portés par les acteurs nationaux pourront utilement être enrichis par :

- L'élaboration d'outils de communication adaptés aux contextes régionaux et locaux ;
- Des actions de formation ou sensibilisation de professionnels, notamment de l'accueil du jeune enfant et du soutien à la parentalité ;
- L'organisation au plus près des territoires d'évènements avec la participation de professionnels, chercheurs, associations, collectivités locales et institutions parties prenantes.

2. Consolider la dynamique territoriale partenariale et décloisonnée par des appels à projets 1000 premiers jours

En 2021, les appels à projets 1000 premiers jours lancés par les agences régionales de santé et les directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS), en lien étroit avec les commissaires à la lutte contre la pauvreté, ont permis de soutenir **près de 190 projets**. Ils ont aussi permis d'engager une dynamique partenariale autour des 1000 premiers jours, concrétisant l'approche intégrée et décloisonnée, autour des besoins de l'enfant et de la lutte contre les inégalités.

Aussi, les AAP pourront être relancés en 2022 selon les 2 volets déjà identifiés en 2021 : un volet santé conduit par les ARS et un volet social conduit par les DREETS en liaison en tant que de besoin avec les commissaires à la lutte contre la pauvreté.

- Le volet « Santé » piloté par les ARS, au moyen des crédits dont elles disposent sur leur enveloppe du Fonds d'intervention régional (FIR), dans la mesure où il n'y aura pas d'abondement spécifique sur ce sujet en 2022 ;
- Le volet « Social » piloté par les DREETS, en liaison en tant que de besoin avec les commissaires à la lutte contre la pauvreté, avec une dotation de 100 000 euros (programme 304, action 17) par DREETS lançant un appel à projets.

La reconduction de ce dispositif pourra permettre de reconduire, après évaluation, des projets financés par l'appel à projets de l'an passé à coté d'autres projets nouveaux pour 2022.

Les 6 thèmes proposés en 2021 sont conservés en 2022 (annexe 1), ARS et DREETS demeurant libres de décider d'un ciblage thématique et géographique. Ces appels à projets régionaux pourront permettre d'explorer des thématiques peu investies l'année précédente ou de creuser le sillon d'actions innovantes repérées en 2021, en particulier lorsqu'elles contribuent à développer une offre de services intégrée, par exemple sur le modèle pluriel des « Maisons des 1000 premiers jours » (annexe 2).
S'agissant des DREETS et a fortiori des ARS, le cahier des charges détaillé de l'appel à projets ainsi que les critères de sélection des lauréats sont déterminés au niveau régional.
Au-delà des contraintes identiques à celles de 2021[9], les projets retenus veilleront à avoir une portée inclusive et respecter les chartes identifiées plus haut.

La gouvernance des appels à projets s'appuiera sur le tissu partenarial des 1000 premiers jours qu'elle contribue à consolider.

A l'échelle régionale, afin de renforcer la dynamique partenariale et d'encourager une approche décloisonnée, ARS et DREETS qui souhaitent s'engager dans les AAP sont invitées à privilégier des appels à projets conjoints.

Les commissaires à la lutte contre la pauvreté pourront choisir d'y articuler leurs actions. Il pourra alors être décidé d'organiser un seul appel à projets Petite enfance piloté par le commissaire, et composé deux volets : le premier consacré aux actions de formation des professionnels des modes d'accueil du jeune enfant dans le cadre du plan « Enfance=Egalité – Formation des professionnels de la petite enfance » et le second aux actions de soutien à la parentalité dans le cadre des 1000 premiers jours. Dans ce cas, les crédits 1000 premiers jours (action 17) et les crédits Enfance=Egalité (action 19) sont utilisés pour soutenir les projets lauréats. Le commissaire veille à ce que les crédits Enfance=Egalité soient utilisés pour la formation des professionnels de la petite enfance.

Pour l'élaboration du cahier des charges et le choix des lauréats, une consultation des autres services de l'Etat pourra utilement être favorisée en particulier auprès de la Direction régionale des affaires culturelles, la Délégation régionale académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports et la Direction régionale aux droits des femmes et à l'égalité.

A l'échelle départementale, il importera de veiller à l'articulation avec les actions portées par **les caisses d'allocation familiales, caisses d'assurance maladie, les caisses de MSA, conseils départementaux et autres collectivités locales**. Cette approche partenariale favorisera le partage d'expertise entre les différents financeurs (par exemple concernant les Maisons des 1000 jours et le financement pérenne ouvert par les CAF) ainsi que la bonne articulation avec les contractualisations en cours déclinant la *Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté* et la *Stratégie de prévention et de protection de l'enfance*, afin d'assurer la viabilité des projets.

[9] L'impossibilité de financer des projets de portée extrarégionale et la nécessité que le projet soit porté par une structure pouvant bénéficier d'un financement dans le cadre d'une convention de subvention.

La recherche d'une insertion des actions 1000 premiers jours dans les programmes, plans, instances, espaces de dialogue existant localement sera à encourager. Ainsi les AAP pourront faire l'objet de discussions au sein des **nouveaux comités départementaux des services aux familles**, présidés par le préfet et pilotés par les CAF, dont les ARS peuvent désormais être membres. Ces comités adopteront des nouveaux schémas de service aux familles en 2022 qui doivent ancrer la dynamique des 1000 premiers jours[10].

Les AAP devront permettre l'articulation et/ou l'intégration des actions 1000 premiers jours dans les projets territoriaux de santé mentale (PTSM), les contrats locaux de santé (CLS), les contractualisations, les conventions territoriales globales (CTG) et différents autres programmes tels que ceux portés par les MSA ou par l'Agence nationale de la cohésion des territoires.

Les DREETS et les ARS volontaires sont invitées à signaler avant le 1er juin 2022 leur souhait de lancer un appel à projets en écrivant à 1000premiersjours@sg.social.gouv.fr et à communiquer la liste de leurs lauréats avant le 30 novembre 2022.

Pour le ministre et le secrétaire d'Etat,
par délégation :
Le secrétaire général des ministères chargés
des affaires sociales,

Signé

Etienne CHAMPION

[10] Articles L. 214-5 et D. 214-1 à D. 214-6 du code de l'action sociale et des familles (modifiés par l'ordonnance n° 2021-611 du 19 mai 2021 et par le décret n° 2021-1644 du 14 décembre 2021). Instruction à venir de la Direction générale de la cohésion sociale.

Annexe 1

Thèmes des appels à projets régionaux 1000 premiers jours

En 2022, les thèmes définis pour les appels à projets 1000 premiers jours dans l'instruction du 1er avril 2021 sont reconduits.

Pour rappel, ces 6 thèmes sont :

1. Le repérage des situations de fragilité et l'accompagnement des parents sans rupture tout au long des 1000 premiers jours ;
2. Le développement d'actions en promotion de la santé pour les plus petits (nutrition, environnement et exposition aux substances toxiques dès la période préconceptionnelle dans le milieu professionnel, au domicile, dans les lieux d'accueil du jeune enfant, logement, etc.) ;
3. La prévention de l'isolement et de l'épuisement des parents, notamment des mères en post-partum ;
4. L'aménagement des lieux et de l'offre pour favoriser l'éveil culturel et artistique des tout-petits, notamment des plus défavorisés ;
5. La conciliation des temps entre vie professionnelle et parentalité ;
6. La place du père ou du second parent dans le parcours des 1000 premiers jours.

Dès lors qu'il relève d'au moins un de ces six thèmes, chaque ARS ou DREETS demeure libre de définir un ciblage thématique plus précis.

Annexe 2

Les Maisons des 1000 premiers jours

La « Maison des 1000 premiers jours » est une recommandation du rapport remis en septembre 2020 par la commission Cyrulnik. Tout à la fois lieu pluriel où sont proposés plusieurs services aux (futurs) parents et carrefour de rencontres pour les parents et les professionnels des 1000 premiers jours, c'est une fabrique locale de projets des 1000 premiers jours et de réponses aux besoins quotidiens des parents.

1. **Une réponse globale et intégrée aux besoins des (futurs) parents et de leurs enfants**

Dans leur rapport de septembre 2020, les experts des 1000 premiers jours recommandent la création de Maisons des 1000 premiers jours dans les territoires de vie des (futurs) parents. **Tiers-lieu** où offrir aux (futurs) parents un panel de services en un même endroit, la Maison des 1000 premiers jours est conçue comme une réponse au manque de lisibilité et de coordination de l'**offre de soins**, d'**accompagnement** et de **services aux familles**.

Dans un territoire, une Maison des 1000 premiers jours est la mise en œuvre concrète du principe fondateur de la politique des 1000 premiers jours : travailler ensemble par-delà les secteurs, afin d'offrir un accompagnement et des services répondant aux besoins de l'enfant et adaptés aux besoins des parents.

> *« Les Maisons des 1000 jours pourraient incarner un espace identifié, une réponse globale et intégrée aux besoins des parents et des bébés et jeunes enfants, s'organisant autour des principes suivants : développement favorable et bien-être de tous les enfants, réduction des inégalités et valorisation de la mixité sociale, valorisation des ressources parentales, accompagnement de la loi contre les violences éducatives ordinaires. »*
>
> Extrait du rapport de la commission d'experts sur les 1000 premiers jours (sept. 2020).

Dans la recommandation des experts, les Maisons des 1000 premiers jours sont **ouvertes à tous**, inconditionnellement. Elles s'adressent à tous les **parents**, leurs **enfants**, ainsi qu'à leur **entourage** (grands-parents, oncles, tantes, professionnels…), soutenant ainsi l'idée d'un **réseau relationnel** ou d'une communauté autour de chaque enfant et de chaque famille.

2. **Tiers lieu et lieu unique pour les (futurs) parents pendant leurs 1000 premiers jours**

Pour simplifier la vie des (futurs) parents et encourager le recours aux services publics existants, la Maison des 1000 premiers jours est d'abord un lieu unique où regrouper de nombreux services. A chaque Maison des 1000 premiers jours, son **panel de services**, selon les partenariats tissés ici où là. Dans une Maison des 1000 premiers jours, on peut trouver des informations sur les 1000 premiers jours ainsi qu'un panel de services dédiés aux parents et futurs parents de jeunes enfants, par exemple :

- Aide à la découverte et à l'utilisation des **ressources numériques** des 1000 premiers jours (l'application mobile 1000 premiers jours, le site 1000-premiers-jours.fr, les sites ameli.fr, monenfant.fr, caf.fr, msa.fr) ;
- **Accompagnement des parents** pendant leurs 1000 premiers jours (y compris par l'organisation de permanences de la PMI ou en accueillant des séances de préparation à la naissance et à la parentalité) ;
- **Accueil des enfants en présence des parents** (ex. lieu d'accueil enfant-parent [LAEP]) ;
- **Accueil de jeunes enfants** (en particulier occasionnel ou ponctuel) ;

- **Activités d'éveil** artistique et culturel ;
- **Groupes** de parents et **ateliers collectifs** ;
- **Guichet unique administratif** pour les parents (par exemple pour les demandes de solution d'accueil - collectif ou individuel).

Lieu unique, pour simplifier la vie de parents, la Maison des 1000 premiers jours peut aussi être **itinérante**, en particulier dans les zones peu densément peuplées et afin d'**aller vers** les (futurs) parents, au plus près de leurs lieux de vie.

3. Un lieu ressource et un carrefour de rencontres, pour les parents et les professionnels

D'abord destinée aux parents, une Maison des 1000 premiers jours est un lieu où **rencontrer des professionnels** mais aussi, tout simplement, **d'autres parents**. Dans ses locaux peuvent en particulier être organisés des groupes de parents ou des ateliers collectifs, par exemple sur le **sommeil**, l'**alimentation**, l'**allaitement**, les **écrans** ou encore des séances collectives de **préparation à la naissance et à la parentalité**…

Une Maison des 1000 premiers jours peut aussi très utilement être ouverte aux **professionnels** des 1000 premiers jours, dans leur diversité. Elle devient pour eux aussi un lieu de rencontre, de travail, de formation où il est possible d'apprendre à se connaître et d'imaginer des actions communes au bénéfice des parents.

4. Une fabrique de territoire des 1000 premiers jours

Une Maison des 1000 premiers jours est une structure qui fédère, anime et alimente une **dynamique territoriale** des 1000 premiers jours. Elle facilite les rencontres entre professionnels et encourage les partenariats croisés entre eux.

Il est en particulier recommandé que chaque Maison des 1000 premiers jours tisse un partenariat étroit avec la maternité ou le centre périnatal de proximité de son territoire et, bien sûr, le ou les Relais Petite Enfance, le ou les centre(s) de PMI, les crèches et autres modes d'accueil (ex. maisons d'assistants maternels [MAM]), ou encore des lieux culturels, sportifs, jardins partagés, épiceries solidaires, etc.

5. Il n'existe pas de modèle unique de Maison des 1000 premiers jours

Plusieurs types d'établissement peuvent choisir de devenir Maison des 1000 premiers jours, pour tout ou partie de leur activité. Par exemple, un **centre de PMI**, un **Relais Petite Enfance**, une **Maison des parents ou de la parentalité**, un **LAEP**, un **centre social** ou **espace de vie sociale (EVS)**, une **crèche** (notamment familiale ou parentale), un **tiers-lieu***, etc.* peut devenir Maison des 1000 premiers jours.

Cela nécessite de diversifier son offre de service pour offrir ce panier de services réunis en un lieu unique qui caractérise la Maison des 1000 premiers jours. Cela amène bien souvent à tisser des partenariats pour permettre l'usage de ses locaux par exemple à une antenne d'un centre de PMI, un LAEP, une crèche, une MAM, un Relais Petite Enfance, une médiathèque, une ludothèque, *etc.*

6. Inventer et expérimenter les Maisons des 1000 premiers jours, dans leur diversité

En 2021, l'appel à manifestation d'intérêt *« Accueil pour tous »* dans le cadre de la stratégie de prévention et lutte contre la pauvreté et les appels à projets 1000 premiers jours ont permis l'émergence de projets de Maisons des 1000 premiers jours.

En 2022, le souhait du **ministère des solidarités et de la santé** est d'encourager la création de ces Maisons des 1000 premiers jours, de les recenser, et de favoriser l'échange entre ces différentes initiatives.

La création de Maisons des 1000 premiers jours peut notamment être un objectif d'action inscrit dans les nouveaux schémas départementaux des services aux familles instaurés par l'ordonnance du 19 mai 2021 (art. L. 214-2 du code de l'action sociale et des familles).

7. La branche famille de la sécurité sociale peut soutenir ces initiatives, le cas échéant dans le cadre de cofinancements avec d'autres acteurs tels que les ARS

Conformément à la circulaire C 2022-002 de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) « Volet 3 du Fonds national parentalité : diffusion du référentiel de financement » disponible sur caf.fr et au « Référentiel national de financement par les CAF des actions du volet 3 du Fonds national de soutien à la parentalité », une Maison des 1000 premiers jours peut être financièrement soutenue par la CAF, y compris dans le cadre de cofinancements.

Il peut s'agir de structures du type « maisons des parents » proposant en leur sein une offre de service dédiée aux jeunes parents ou de structures nouvelles ou existantes dédiées à ce public.

Ces lieux pourront notamment bénéficier d'un financement via le volet 3 du Fonds national parentalité (FNP) dès lors qu'ils proposent une information et un accompagnement des parents s'appuyant sur :

- Les articulations entre les différents acteurs intervenants durant cette période ;
- La mise en place de collectifs tels que les groupes naissances par exemple.

L'aide accordée dans le cadre du volet 3 du FNP pour ce type de structure est calibrée en prenant en compte de 60 % des coûts de fonctionnement dans la limite d'un prix plafond de 39 470 €/an en 2022.

En fonction des services proposés au sein des Maisons des 1 000 jours, le cumul avec les autres aides de la branche famille est possible notamment avec le volet 1 du Fonds national parentalité, la prestation de service LAEP et/ou la prestation de service Relais Petite Enfance.

Des cofinancements avec d'autres acteurs locaux sont possibles, en particulier avec les ARS, par exemple au titre de la mission Promotion de la santé et prévention du FIR.

Les **comités départementaux des services aux familles** offrent un cadre partenarial adapté pour étudier les projets de Maisons des 1000 premiers jours, leur financement et leur localisation et, le cas échéant, convenir d'un cahier des charges partagé possiblement travaillé à échelle régionale.

GOUVERNEMENT
Liberté
Égalité
Fraternité

INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGS/SDEA/DGPR/2022/80 du 13 avril 2022 relative à la définition et la mise en œuvre des plans régionaux santé environnement (PRSE)

La ministre de la transition écologique
Le ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les préfets de région
Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Copie à :

Mesdames et Messieurs les préfets de département
Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux de l'environnement,
de l'aménagement et du logement
Mesdames et Messieurs les directeurs de l'environnement,
de l'aménagement et du logement
Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux et interdépartementaux
de l'environnement, de l'aménagement et des transports
Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux
de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt
Mesdames et Messieurs les directeurs de l'alimentation,
de l'agriculture et de la forêt

Référence	NOR : SSAP2209594J (numéro interne : 2022/80)
Date de signature	13/04/2022
Emetteurs	Ministère de la transition écologique Direction générale de la prévention des risques (DGPR) Ministère des solidarités et de la santé Direction générale de la santé (DGS)
Objet	Définition et mise en œuvre des plans régionaux santé environnement (PRSE)
Commande	Définir et mettre en œuvre des PRSE.
Action à réaliser	Sur la base du bilan des PRSE 3, définir les actions prioritaires des PRSE 4 tenant compte des enjeux nationaux prioritaires et des besoins spécifiques locaux.
Echéance	1er semestre 2023
Contacts utiles	Direction générale de la prévention des risques Pascal SCHUERMANS pascal.schuermans@developpement-durable.gouv.fr

	Direction générale de la santé Sébastien LESTERLE sebastien.lesterle@sante.gouv.fr Mathilde MERLO mathilde.merlo@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	9 pages + 2 annexes (2 pages) Annexe 1 - Cartographie des plans sectoriels en lien avec le PNSE 4 Annexe 2 - Liste indicative des organismes/structures qui peuvent être mobilisés pour l'élaboration, le suivi et l'évaluation des PRSE 4
Résumé	Le 4ème Plan national santé environnement (PNSE 4), prévu par l'article L. 1311-6 du code de la santé publique, a été publié le 7 mai 2021. Ce plan définit les priorités nationales en matière de santé environnement pour la période 2021-2025. Cette instruction définit les modalités de sa déclinaison dans le cadre des plans régionaux santé environnement (PRSE) prévus par l'article L. 1311-7 du même code. La mise en œuvre des PRSE est à prévoir pour la fin de l'année 2023 au plus tard.
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle Calédonie, et de Wallis et Futuna.
Mots-clés	Santé environnement ; Plan national santé environnement ; Plan régional santé environnement ; agences régionales de santé.
Classement thématique	Santé environnementale
Textes de référence	Articles L. 1311-6, L. 1311-7 et R. 1310-1 du code de la santé publique.
Circulaire / instruction abrogée	Instruction du Gouvernement n° DGS/DGPR/2015/329 du 27 octobre 2015 relative à l'élaboration et à la mise en œuvre des plans régionaux en santé environnement.
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Conseils régionaux
Validée par le CNP le 1er avril 2022 - Visa CNP 2022-38 **Visée par le SGMCAS le 13 avril 2022**	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

I/ Contexte

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé environnement comprend les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement.

Elle concerne aussi la politique et les pratiques de gestion, de résorption, de contrôle et de prévention des facteurs environnementaux susceptibles d'affecter la santé des générations actuelles et futures.

La France s'est dotée depuis 2004 d'un Plan national santé environnement (PNSE) inscrit au code de la santé publique (article L. 1311-6 du CSP) et co-piloté par les ministères chargés de la santé et de l'écologie. Défini pour une durée de cinq ans, ce plan fixe les priorités nationales pluriannuelles en matière de santé environnement, en lien étroit avec les politiques conduites au niveau européen et international.

Trois PNSE se sont succédés depuis 2004 :

- PNSE 1 : 2004-2008 ;
- PNSE 2 : 2009-2013 ;
- PNSE 3 : 2015-2019.

En 2020, plusieurs travaux parlementaires, la commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur l'évaluation des politiques publiques de santé environnementale et la mission d'information du Sénat « Les orientations et la gouvernance de la politique de santé environnementale », ont formulé des recommandations sur la gouvernance et les priorités de la politique de santé environnement qui ont alimenté l'élaboration du PNSE 4.

Le 4ème PNSE, « Un environnement, une santé », a été publié le 7 mai 2021 sur les sites des ministères en charge de l'écologie et de la santé. Il a pour objectif de mieux prendre en compte les liens étroits qui existent entre la santé humaine, la santé animale et plus largement la santé des écosystèmes dans le cadre de la déclinaison de la démarche « Une seule santé ». A cet égard, les premiers enseignements de la crise sanitaire de la Covid-19 ont été pris en considération lors de son élaboration.

S'agissant de la santé environnement dans les territoires, dès 2004, le législateur a prévu la déclinaison du PNSE en plans régionaux santé environnement (PRSE). L'article L. 1311-7 du CSP prévoit que les PRSE sont mis en œuvre tous les cinq ans par les services déconcentrés de l'Etat, les agences régionales de santé (ARS) et les conseils régionaux, en association avec les autres collectivités territoriales afin de mobiliser l'ensemble des compétences disponibles pour contribuer à une politique en santé environnement efficace.
L'animation dans les territoires de la politique de santé environnement est en effet essentielle, en tenant compte des enjeux nationaux, des spécificités propres à chaque territoire et des inégalités socio-environnementales.

Cette quatrième génération de plans nationaux et régionaux doit être l'occasion d'accélérer la mobilisation des acteurs dans les territoires en :

- consacrant, pour la première fois, un axe du plan national à l'accompagnement des territoires pour la définition et la mise en œuvre de ces politiques ;
- créant, au niveau national, un comité d'animation des territoires composé d'associations d'élus et de collectivités ainsi que de représentants d'ARS et de l'Etat pour :
    - proposer une rénovation de la gouvernance des futurs plans régionaux de santé environnement,
    - partager les bonnes pratiques et mettre à disposition des outils pour accompagner la mise en œuvre d'actions en santé environnement à toutes les échelles des territoires,
- élargissant au niveau local le périmètre des acteurs à mobiliser, intégrant davantage des acteurs économiques, des représentants de la société civile ou encore les conseils économiques, sociaux et environnementaux régionaux (CESER).

Le présent document définit les modalités d'élaboration et de mise en œuvre des PRSE 4 qui contribuent à répondre aux préoccupations de plus en plus fortes des populations aux questions de santé environnement.

II/ Principes et objectifs du PNSE 4

1- Un plan resserré autour de quatre axes stratégiques et une interaction organisée avec les politiques sectorielles en santé environnement

Le PNSE 4 comporte vingt actions pour répondre à quatre enjeux prioritaires :

- S'informer, se former et informer sur l'état de notre environnement et les bons gestes à adopter pour notre santé et celle des écosystèmes ;
- Réduire les expositions environnementales affectant la santé humaine et celle des écosystèmes sur l'ensemble du territoire ;
- Démultiplier les actions concrètes menées par les collectivités dans les territoires ;
- Mieux connaître les expositions et les effets de l'environnement sur la santé des populations et sur les écosystèmes.

Depuis 2004, le paysage des politiques de santé environnement s'est très largement enrichi et actuellement, plus de 30 plans et/ou stratégies en lien avec la santé environnement sont en cours de mise en œuvre (cf. annexe 1). Dès lors, le PNSE 4 porte en priorité sur des thématiques transversales (formation, recherche) ou qui ne font pas l'objet de plans spécifiques (nuisances sonores et lumineuses, radiofréquences, nanomatériaux, etc.). Il est complété par les actions des plans sectoriels relatifs à la qualité de l'air extérieur, aux produits phytopharmaceutiques / pesticides, aux perturbateurs endocriniens, aux micropolluants, à l'amiante, au radon, aux tiques (cf. annexe 1).

L'action de l'Etat et des collectivités ne se limite bien entendu pas au PNSE 4 et aux autres stratégies ou plans nationaux. Les actions de fond du quotidien doivent être poursuivies : lutte contre la pollution de l'air, contrôle sanitaire des eaux, lutte contre l'insalubrité, réduction de l'usage des produits phytosanitaires et en particulier ceux présentant les plus grands risques, contrôle des installations classées et ouvrages soumis à la police de l'eau, etc.

2- Indicateurs du plan national

Un ou plusieurs indicateurs de réalisation sont attachés à chaque action du plan afin de s'assurer régulièrement de leur mise en œuvre. Les acteurs locaux pourront contribuer aux renseignements de ces indicateurs afin de permettre un suivi national.

3- Gouvernance nationale et participation volontaire des acteurs locaux

Au niveau national, la gouvernance mise en place pour le PNSE 4 se distingue de l'esprit de la gouvernance des plans antérieurs par la mise en place :

- d'un comité de pilotage (COPIL) interministériel, présidé par la DGS et la DGPR, chargé de la mise en œuvre du plan et de son articulation avec l'ensemble des politiques de santé environnement (plans et/ou stratégies sur des thématiques spécifiques) ;
- d'un comité d'animation des territoires qui réunit notamment les acteurs locaux. Ce comité contribuera à proposer des modalités de renforcement de l'intégration de la santé environnement dans les politiques publiques et des outils, moyens et méthodes pouvant être utiles aux collectivités.

Le Groupe santé environnement (GSE), groupe réunissant les parties prenantes, continuera à contribuer au suivi et à l'évaluation du PNSE 4. Quatre groupes de suivi du GSE seront chargés plus spécifiquement du suivi de certaines actions (groupe « formation, information et sensibilisation », groupe « réduction des risques », groupe « recherche et données » et groupe « Une seule santé ».).

Les ARS et les services déconcentrés de l'Etat volontaires ainsi que les directions et opérateurs impliqués dans les politiques « Une seule santé » (directions régionales de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt [DRAAF], directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement [DRAAF], directions départementales des territoires [DDT], Office français de la biodiversité [OFB] par exemple) pourront participer au comité d'animation des territoires et aux groupes de suivi du PNSE 4. Les conseils régionaux pourront également y être représentés.

Des échanges réguliers seront par ailleurs poursuivis entre les ARS, les services déconcentrés de l'Etat, et les administrations centrales. Une attention particulière sera apportée à l'association des conseils régionaux à ces échanges nationaux. Le Réseau d'échanges en santé environnement (RESE) contribuera à la diffusion des informations auprès des ARS.

III/ Principes et objectifs des PRSE 4

1. Périmètre des PRSE 4

Les PRSE 4 sont invités à couvrir le périmètre « Une seule santé » tel que rappelé ci-dessus. « Une seule santé » est une approche intégrée et unificatrice qui vise à équilibrer et à optimiser durablement la santé des personnes, des animaux et des écosystèmes (définition du groupe d'experts de haut niveau Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture [FAO], Organisation mondiale de la santé animale [OIE], l'Organisation mondiale de la santé [OMS], Programme des Nations Unies pour l'environnement [PNUE] – décembre 2021).
Elle reconnaît que la santé des humains, des animaux domestiques et sauvages, des plantes et de l'environnement au sens large (y compris les écosystèmes) sont étroitement liées et interdépendantes. L'approche mobilise de multiples secteurs, disciplines et communautés à différents niveaux de la société pour travailler ensemble à la promotion du bien-être et à la lutte contre les menaces pour la santé et les écosystèmes, tout en répondant au besoin collectif d'eau, d'énergie et d'air propres, d'aliments sûrs et nutritifs, en agissant sur le changement climatique et en contribuant au développement durable.

En terme de méthode d'élaboration, les prochains PRSE devront tenir compte :

- du bilan des PRSE 3 ;
- des principes généraux et actions du PNSE 4 ;
- si besoin, d'une actualisation des états des lieux et/ou diagnostics en santé environnement intégrant le cas échéant le résultat de baromètres sur la perception des risques en santé environnement. La mise en cohérence avec les objectifs stratégiques et opérationnels du projet régional de santé (PRS) ainsi que d'autres outils de programmation (Schéma régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires [SRADDET], Contrat de plan Etat-région [CPER], Plan climat-air-énergie territorial [PCAET], Plan local d'urbanisme [PLU], Plan de protection de l'atmosphère [PPA], Projet alimentaire territorial [PAT], etc.) sera recherchée.

Une attention particulière devra être apportée aux indicateurs, et aux impacts attendus (si possible chiffrés) des actions mises en place.

a. Prise en compte des bilans des PRSE 3

Il est recommandé d'établir un bilan, si possible appuyé sur des chiffres d'impact, du PRSE 3 dans chaque région et des actions qui ont montré leur efficacité, voire qui méritent d'être poursuivies.

b. Prise en compte des principes généraux et des actions du PNSE 4

Les PRSE s'attacheront à :

- définir des actions nécessaires pour répondre aux enjeux prioritaires locaux en matière de santé environnement, y compris dans les outre-mers ;
- décliner certaines des thématiques du PNSE, notamment si elles nécessitent une animation particulière au niveau local ou qu'une orientation territoriale singulière peut leur être donnée dans une région.

L'articulation des PRSE 4 avec les autres outils de programmation sera recherchée. Ainsi, les PRSE 4 devront être cohérents avec d'autres outils de programmation définis localement (SRADDET, PRS, PCAET, PPA, PLU, PAT, etc.). En particulier, leur construction devra être coordonnée avec les travaux menés pour le renouvellement des projets régionaux de santé, qui devraient être conduits pendant la même période. Ils pourront émettre des recommandations d'évolution ultérieure des autres outils locaux de programmation afin qu'ils intègrent le principe « Une seule santé ». Les PRSE 4 pourront prévoir des actions sur des thématiques autres que celles prévues par le PNSE 4, tout en veillant à l'articulation avec les politiques locales déjà existantes.

S'agissant de l'articulation avec le PNSE 4, cinq actions du plan national devront être déclinées dans les PRSE, compte tenu des enjeux nationaux qui y sont attachés. Elles pourront être adaptées au contexte local, le cas échéant, dans la continuité de celles mises en œuvre dans les PRSE précédents :

- la formation des professionnels de santé, qui est une des mesures phares du PNSE 4 (action 5.1) : les ARS sont incitées à promouvoir le développement de formations en fonction des spécificités locales notamment. Un partage des initiatives nationales via le Rese devra permettre d'éviter les doublons ;
- la prévention des maladies vectorielles transmises par les moustiques par des méthodes compatibles avec la préservation de l'environnement (action 11.1) ;
- la prévention, la surveillance et la gestion des impacts en santé humaine causés par les espèces exotiques envahissantes ou proliférantes (ambroisie, chenilles processionnaires, etc.) par des méthodes compatibles avec la préservation de l'environnement (action 11.3) ;
- l'amélioration de la qualité de l'air intérieur des établissements accueillant des populations sensibles en continu et notamment aux moments clés de la vie du bâtiment (action 14.4) ;
- la surveillance de la santé de la faune terrestre et la prévention des zoonoses, mesure phare du PNSE 4 (action 20).

Les ARS et services déconcentrés de l'Etat veilleront à promouvoir localement les outils développés au niveau national dans le cadre du PNSE 4.

En tout état de cause, la priorité reste d'élaborer des PRSE 4 dont l'impact et l'efficacité dans les territoires sont optimaux au regard du contexte et des caractéristiques des territoires. Le choix de la structure, des thématiques ainsi que du nombre et de la nature des actions doit être guidé par cette seule nécessité.

2. Organisation de la gouvernance territoriale

L'élaboration et la mise en œuvre des PRSE reposent sur les services déconcentrés de l'Etat, les agences régionales de santé et les conseils régionaux, conformément à l'article L. 1311-7 du CSP.

Compte tenu de la forte transversalité de la politique de santé environnement, la préparation, le suivi, l'animation et l'évaluation du PRSE 4 devraient s'appuyer sur une large concertation des acteurs locaux, dans le cadre du Groupe régional santé environnement (GRSE) ou de toute structure équivalente en fonction des pratiques et des retours d'expérience locaux.

A cette fin et dans une approche transversale « Une seule santé » :

- Le Secrétariat général des affaires régionales (SGAR), dans le cadre de sa mission de coordination de l'action des services régionaux de l'Etat (conformément à la mission générale du SGAR d'assistance au préfet de région pour l'exécution des politiques publiques de l'Etat en région prévue par le décret n° 2009-587 du 25 mai 2009 relatif aux missions des SGAR) devrait veiller à une implication large des services déconcentrés de l'Etat pour l'élaboration et la mise en œuvre des actions du PRSE incluant les DREAL (services des transports, de l'urbanisme, de l'eau et des milieux, de la biodiversité, des risques) qui pourront apporter leur expertise métier en santé environnement nécessaire au pilotage opérationnel des PRSE, mais aussi, les directions régionales de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DRAAF) (services milieux agricoles et forêts, de l'alimentation), les directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) (services du travail, de l'emploi et des compétences, de la cohésion sociale, des actions sociales de la politique de la ville, de protection des consommateurs), les directions interrégionales de la mer (DIRM), les représentants des DDT, des directions départementales en charge de la protection des populations (DDecPP), l'Office français de la biodiversité (OFB), l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME), les services déconcentrés du ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports (rectorat et délégation régionale académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports – DRAJES), etc...
- Le Conseil régional devrait, pour sa part, contribuer à veiller à la participation des représentants des départements, des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) et des communes ;
- Le Conseil économique social et environnemental régional (CESER) pourrait contribuer à assurer une représentation équilibrée des différents acteurs de la société civile.
- Le comité d'animation des territoires évoqué ci-dessus pourra formuler des recommandations de bonne pratique en ce sens.

L'annexe 2 dresse la liste indicative des organismes/structures qui peuvent être mobilisés pour l'élaboration, le suivi et l'évaluation des PRSE 4.

Conformément à l'article R. 1310-1 du CSP, le préfet de région arrête les dispositions nécessaires à la mise en œuvre du PRSE.

3. Consultations sur le projet de plan et signature

Le PRSE 4 devra être soumis à la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) conformément à l'article D. 1432-32 du CSP. Une construction coordonnée avec le renouvellement des projets régionaux de santé (PRS) devra être prévue.

D'autres structures pourront utilement être consultées sur les projets de PRSE afin d'assurer la cohérence des politiques locales, notamment le Conseil scientifique régional du patrimoine naturel (CSRPN), le Comité régional de l'alimentation (CRALIM), le Conseil régional d'orientation de la politique sanitaire animale et végétale (CROPSAV), la Commission régionale de l'agro-écologie (CAE), le Comité régional de mobilité (COREMOB), le Conseil départemental de l'environnement et des risques sanitaires et technologiques (CODERST) et la Commission départementale nature, paysage et sites (CDNPS) de chaque département.

Le PRSE sera signé conjointement par le directeur général de l'ARS, le préfet de région et, dans la mesure du possible, le président du Conseil régional.

4. Financement et outils de territorialisation

Les pilotes du plan ont la possibilité de mobiliser notamment les sources de financement suivantes pour la mise en œuvre du plan :

- pour les ARS : budget du Fond d'intervention régional (FIR), dans le cadre des actions de promotion et prévention de la santé ;
- pour les services déconcentrés de l'Etat : les programmes d'intervention des ministères en matière d'alimentation, de transports, d'urbanisme, d'eau, de biodiversité, de risques, de santé animale, de réduction de l'usage des produits phytopharmaceutiques, etc.
- pour les collectivités : leurs budgets propres ou les fonds dont elles assurent la gestion (fonds européen de développement régional - FEDER, fonds européen agricole pour le développement rural - FEADER, etc.).

D'autres sources de financement pourront être recherchées par exemple auprès d'autres partenaires comme l'ADEME, les agences de l'eau, etc…

Ces budgets seront mobilisés lors de la phase d'élaboration du PRSE, ainsi que pour la réalisation opérationnelle des actions du plan dans le cadre de conventions entre pilotes et acteurs de la réalisation d'actions. Ces financements seront attribués, le cas échéant, après un appel à projets ou un appel à manifestation d'intérêt et lorsque cela est nécessaire, de manière pluriannuelle. Ces budgets pourront également servir au financement de l'animation et de la dynamique des PRSE (événements annuels).

Les actions du PRSE pourront s'inscrire dans le cadre des outils de contractualisation existants : contrats locaux de santé (CLS), contrats de relance et de transition écologique (CRTE), plans climat air énergie territoriaux (PCAET), contrat de plan Etat-région (CPER), etc.

En matière d'apport en ingénierie aux collectivités, les pilotes du plan (services déconcentrés de l'Etat, ARS, conseils régionaux) pourront s'appuyer sur les comités locaux de cohésion territoriale (CLCT) mentionnés à l'article L. 1232-2 du code général des collectivités territoriales.

Les services déconcentrés de l'Etat et les ARS veilleront à l'actualisation régulière des sites Internet régionaux des PRSE. En lien avec les pilotes du PRSE, le Centre d'étude et d'expertise sur les risques, l'environnement, la mobilité et l'aménagement (CEREMA) veillera à la valorisation des actions de ces plans *via* la plateforme nationale qu'il anime « Territoire engagé pour mon environnement, ma santé ».

5. Calendrier de mise en œuvre et modalités de suivi

Les PRSE 4 devront être élaborés à partir de 2022 et lancés au plus tard à la fin de l'année 2023.

Chaque année, un rapportage des avancées en région sera présenté, pour un socle minimal commun d'indicateurs et selon des modalités qui seront précisées ultérieurement. Ce rapportage alimentera le bilan réalisé au niveau national.

Pour la ministre de la transition écologique,
et par délégation :
Le directeur général de la prévention des risques,

Cédric BOURILLET

Pour le ministre des solidarités et de la santé,
et par délégation :
Le directeur général de la santé,

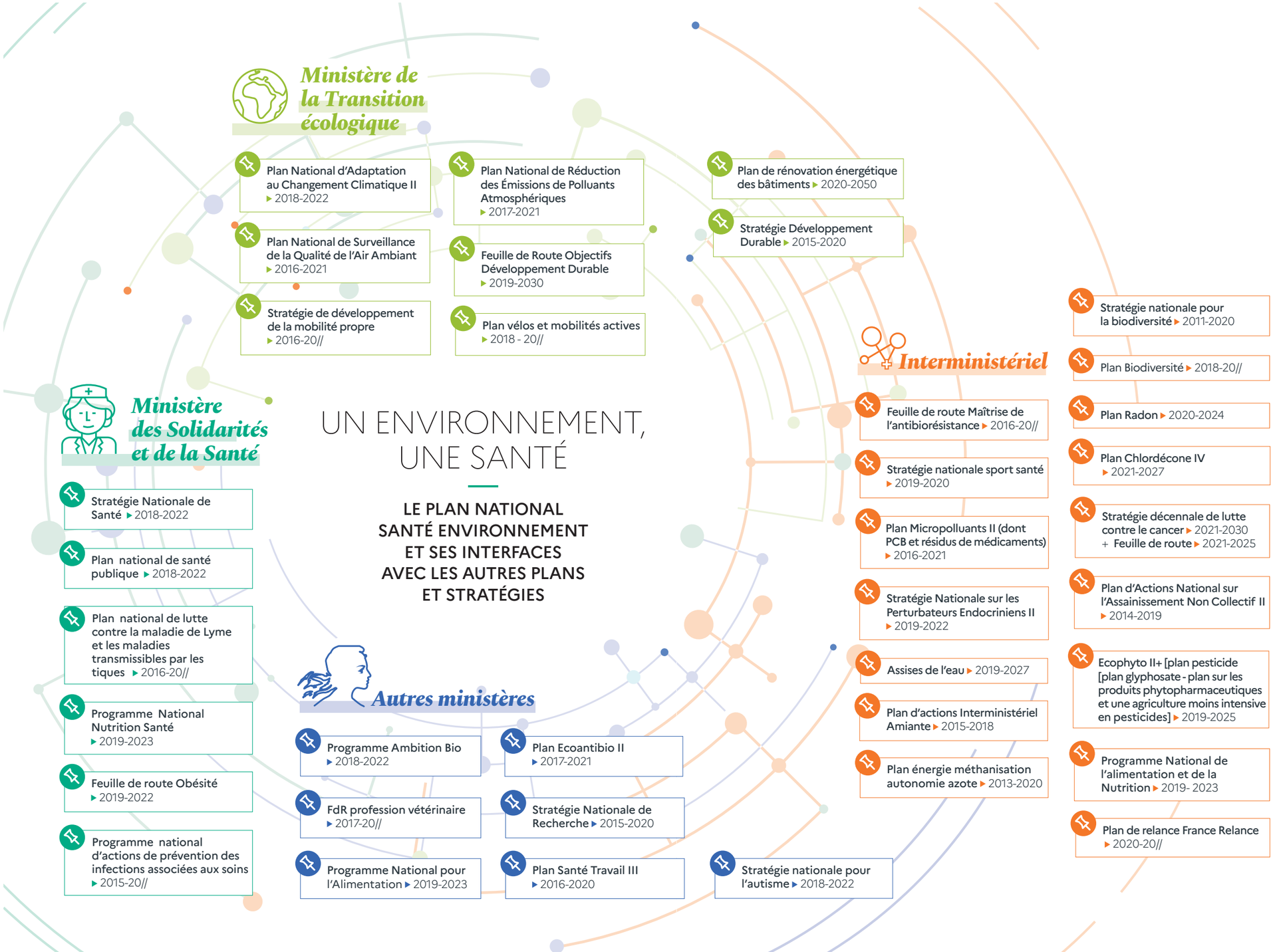
Jérôme SALOMON

Vu au titre du CNP par le secrétaire général des
ministères chargés des affaires sociales,

Etienne CHAMPION

GOUVERNEMENT
Liberté
Égalité
Fraternité

Annexe 1 : Cartographie des plans sectoriels en lien avec le PNSE 4



Annexe 2 : Liste indicative des organismes/structures qui peuvent être mobilisés pour l'élaboration, le suivi et l'évaluation des PRSE 4

- conseil départemental ;
- collectivités territoriales, notamment celles ayant initié des actions en matière de santé-environnement : les services de prévention de santé, les services communaux d'hygiène et de santé, les villes santé OMS, les villes ayant organisé un atelier santé-ville, celles ayant un contrat local de santé (CLS), les associations départementales de l'Association des maires de France (AMF), les centres de gestion départementaux du Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) ;
- agences et établissements publics : Agences de l'eau, Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME), Centre d'étude et d'expertise sur les risques, l'environnement, la mobilité et l'aménagement (CEREMA), Centre scientifique et technique du bâtiment (CSTB), Agence nationale de Santé publique (Santé publique France), Observatoires régionaux de santé (ORS), Autorité de sûreté nucléaire (ASN), Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN), Institut national de recherche pour l'agriculture, l'alimentation et l'environnement (INRAE) ;
- des organismes consultatifs : Conseil économique, social et environnemental régional (CESER) ; …
- associations de protection de l'environnement : GRAINE, France Nature Environnement (FNE), Association pour la Prévention de la Pollution atmosphérique (APPA), WECF (Women in Europe for a common future), Humanité et Biodiversité, Générations futures, Fredon ; …
- associations de promotion et de prévention de la santé : Instance régionale d'éducation et de promotion de la Santé (IREPS), Comité régional d'éducation pour la santé (CRES), , mutualité française, Comité pour le développement durable en santé (C2DS) ;
- associations de consommateurs ;
- associations de malades, de professionnels de santé : Union régionale des professionnels de santé (URPS) ;
- acteurs liés au suivi de la santé animale : notamment OFB/ORB, réseau des vétérinaires libéraux, Fédérations régionales des groupements de défense sanitaire (FRGDS) ;
- acteurs du monde économique : Chambres de métiers et de l'artisanat (CMA), Chambres de commerce et d'industrie (CCI), Chambres d'agriculture, Personne responsable de la production/distribution d'eau (PRPDE), organisations professionnelles du bâtiment (Capeb / FFB) ;
- représentants des employeurs, représentants des salariés ;
- experts, partenaires techniques et personnalités qualifiées (y compris universitaires). En particulier pour les enjeux identifiés sur le territoire. Bureau de recherches géologiques et minières (BRGM), Associations agrées pour la surveillance de la qualité de l'air (AASQA), laboratoires agréés pour le contrôle sanitaire des eaux, structures habilitées pour la lutte anti-vectorielle, hydrogéologues ; …
- secrétariats permanents pour la prévention des pollutions industrielles (S3PI) ;
- structures porteuses de Schéma d'aménagement et de gestion des eaux (SAGE).

Centre national de gestion

Arrêté du 14 avril 2022 portant nomination des membres du jury du concours national d'internat en odontologie et du concours à titre européen en odontologie organisés au titre de l'année universitaire 2022-2023

NOR : SSAN2230386A

La directrice générale du Centre national de gestion,

Vu le code de l'éducation et notamment les articles R. 634-6 et R. 634-20 ;

Vu le décret n° 2007-704 du 4 mai 2007 modifié relatif à l'organisation et au fonctionnement du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) et notamment l'article 2 (17°) ;

Vu l'arrêté du 17 novembre 2011 modifié relatif à l'organisation et au programme du concours d'internat en odontologie ;

Vu l'arrêté du 18 février 2022 portant ouverture du concours national d'internat en odontologie au titre de l'année universitaire 2022-2023 ;

Vu l'arrêté du 18 février 2022 portant ouverture du concours d'internat en odontologie à titre européen pour les praticiens de l'art dentaire français, andorrans ou ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne, d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse au titre de l'année universitaire 2022-2023,

Arrête :

Article 1er

Les personnes dont les noms suivent sont nommées membres du jury du concours national d'internat en odontologie et du concours européen en odontologie organisés au titre de l'année universitaire 2022-2023 :

1° En qualité de présidente du jury

Professeure Stéphanie TUBERT-JEANNIN

2° En qualité de membres titulaires

Madame Vanessa BAAROUN
Madame Anne-Charlotte BAS
Madame Djohra BENAHMED
Madame Audrey BISCAY-AUSSEL
Professeur Marc BOLLA
Madame Jean BONNET
Monsieur Romain CEINOS
Professeure Sophie DRIDI
Madame Marie DUBAR
Madame Francesca GAGELIN-SIU PAREDES
Madame Alice GERMA

Professeur Michel LE GALL
Professeur Vincent MEURIC
Professeur Jean-Jacques MORRIER
Professeur Jean-François NGUYEN
Professeure Loredana PERVILHAC-RADOÏ
Professeur Cyril VILLAT

3° En qualité de membres suppléants

Professeur Jean-Éric ALARD
Professeure Marie-Christine ALRIC-GODLSMITH
Professeur Pascal AUROY
Monsieur Cédric BAZERT
Professeure Tiphaine BEAL-DAVIT
Monsieur Pascal BEHIN
Professeure Elvire BIOSSE DUPLAN
Professeure Sylvie BOISRAMÉ
Madame Caroline BOLLE
Professeur Frédéric BUKIET
Professeur Dominique CHAUVEL-LEBRET
Madame Anne-Gaëlle CHAUX
Professeur Thomas COLARD
Monsieur Bruno COMTE
Professeure Sarah COUSTY
Professeur Radhouane DALLEL
Monsieur Emmanuel D'INCAU
Professeur Marc ENGELS-DEUTSCH
Professeur Olivier HAMEL
Professeure Sophia HOUARI
Professeur Philippe KEMOUN
Monsieur Arnaud LAFON
Professeure Claire LASSAUZAY
Madame Anne LE GOFF
Professeur Cédric MAUPRIVEZ
Professeur Florent MEYER
Professeur Éric MORTIER
Professeure Valérie ORTI
Madame Claire PERNIER
Professeur Jean-Louis SIXOU
Professeur Olivier SOREL
Professeure Delphine TARDIVO
Professeure Sibylle VITAL-OPSAHL

Article 2

Le chef du département Autorisations d'exercice, concours, coaching est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 14 avril 2022.

La directrice générale du
Centre national de gestion,
Eve PARIER

Ministère des solidarités et de la santé
Ministère de la transformation et de la fonction publiques

Convention 12-363-DNUM-CSOC-0041 du 20 avril 2022 pour le financement du projet « Archifiltre-Mails : analyser et trier les messageries »

NOR : SSAZ2230390X

ENTRE

La Direction interministérielle du numérique,
sise 20 avenue de Ségur, 75007 PARIS,
représentée par Romain TALES, chef de la mission DATA,
ci-après désignée « DINUM »,

D'une part,

ET

La Direction du numérique du Ministère des solidarités et de la santé,
sise 39 quai André-Citroën, 75015 PARIS,
représentée par Hélène BRISSET, directrice,
ci-après désignée « DNUM ministérielle »,

D'autre part.

Vu l'instruction DGFIP du 9 mars 2021 relative à l'application de la circulaire CCPB2100712C de gestion budgétaire du plan de relance du 11 janvier 2021,

Vu la circulaire n° 6300/SG du Premier ministre du 30 août 2021 relative à la mise en œuvre et au suivi des mesures du plan national de relance et de résilience,

Archifiltre-Mails : analyser et trier les messageries

Cette convention de financement de projet définit les modalités d'exécution du projet, qui conditionnent le versement des crédits.

1. Identification du projet

Nom du projet : Archifiltre-Mails : analyser et trier les messageries.
Thématique concernée : ITN5 (Cycle de vie de la donnée).

2. Intégration des logos France Relance et NEXT GEN EU

Si le projet implique un site accessible sur Internet ou toute communication auprès du public et autres professionnels en lien avec le projet, alors la DNUM ministérielle s'engage à intégrer sur ce site en début de parcours et dans ses communications en lien avec le projet, d'une part une mention du cofinancement apporté par France Relance (via notamment l'inclusion du logo France Relance) et d'autre part une mention du cofinancement apporté par l'Union Européenne dans le cadre du plan NEXT GEN EU (également via l'inclusion du logo NEXT GEN EU).

3. Niveau et calendrier de co-financement du projet par le plan de relance

Le niveau de cofinancement par année du projet est le suivant :

	2022	2023
AE	219 240 €	
CP	219 240 €	

Le financement est mis à disposition dès la signature de la présente convention.

4. Modalités du co-financement par le plan de relance du projet

Les crédits sont mis à disposition sur le centre financier 0363-DNUM-CSOC.

REFERENCES CHORUS (pour les services bénéficiaires de l'Etat)	
Domaine fonctionnel	0363-04
Centre financier	0363-DNUM-CSOC
Activité(s)	036304030001 Fonds ITN
Projet analytique ministériel	12-363-DNUM-CSOC-0041

5. Reporting budgétaire

Chaque dépense (ou versement de subvention) effectuée depuis l'UO déléguée en gestion se fera en utilisant le code PAM « 12-363-DNUM-CSOC-0041 » de CHORUS.

La DNUM ministérielle est tenue de respecter ce marquage au titre de la convention de délégation de gestion sur le centre financier 0363-DNUM-CSOC ; elle sera ainsi dispensée de reporting budgétaire systématique dans la mesure où la DINUM pourra extraire les informations nécessaires dans CHORUS.

La DNUM ministérielle répondra aux sollicitations de la DINUM (prise d'information, dialogue de gestion).

6. Reporting projet

La DNUM ministérielle :

- Fournira, à la DINUM, chaque trimestre, un point de situation sur l'état du projet en faisant le lien avec la consommation budgétaire.
Nos équipes vous solliciterons à ce sujet. Pour ce faire, vous utiliserez ce formulaire :
https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/reporting-projet-laureats-itn-snap
- Fournira à la DINUM la liste des entreprises, avec leur numéro de département, dont le siège social est établi en France et qui bénéficieront de commandes dans le cadre du financement accordé :
    - A la signature de la présente convention,
    - A chaque nouvelle entreprise répondant au critère,
    - En fin de projet.
- Facilitera le suivi projet avec la DINUM en nommant un ou plusieurs référents identifiés et répondra à toutes ses sollicitations sur l'avancement de son projet ;
- Préparera à destination de la DINUM une restitution par écrit des avancées du projet 6 mois après son lancement. Une trame indiquant les éléments attendus pour cette restitution intermédiaire sera communiquée par e-mail aux porteurs par la DINUM ;
- En plus des mises à jour trimestrielles, fera remonter à la DINUM des difficultés rencontrées sur le projet le cas échéant. Une réunion avec des experts de la DINUM pourra alors être organisée afin de trouver des solutions (clinique de la donnée).

7. Modifications de la convention

La présente convention peut être modifiée par voie d'avenant signé par les parties en cas de modification de ses modalités d'exécution.

En particulier, toute difficulté majeure dans la réalisation du projet sera portée à la connaissance de la DINUM qui pourra suspendre ou interrompre les financements initialement définis.

8. Recouvrement des indus

La DINUM se réserve le droit de recouvrer intégralement ou partiellement le financement prévu au point 3, à due concurrence de la mise en œuvre effective du projet en cas :

- de non-exécution du projet conventionné ;
- d'exécution non conforme aux modalités de réalisation conventionnées ;
- de non transmission des éléments de reporting budgétaire et projet prévus aux points 5 et 6 de la présente convention.

La DINUM ne saurait être tenue responsable d'éventuelles irrégularités générées par le bénéficiaire, ou la DNUM ministérielle le cas échéant, et constatées lors de contrôles européens ou nationaux. La DINUM procède au recouvrement des sommes indues en cas de correction financière demandée à la suite d'un contrôle.

9. Respect des exigences de la piste d'audit

Le respect des exigences issues de la piste d'audit européenne présentées en annexe, s'applique à la présente convention. La DNUM ministérielle est réputée avoir pris connaissance de ces exigences.

Fait le 20 avril 2022.

Pour la Direction interministérielle du numérique :
Le chef de la mission DATA,
Romain TALES

Pour la Direction du numérique
du Ministère des solidarités et de la santé :
La directrice,
Hélène BRISSET

ANNEXE

EXIGENCES ISSUES DE LA PISTE D'AUDIT EUROPENNE

Les entités chargées de la gestion du plan de relance doivent veiller au respect des exigences suivantes issues de la piste d'audit européenne :

- prévenir et corriger les risques de fraude, de corruption et de conflits d'intérêt et procéder à une notification en cas de soupçon ;

- garantir l'efficacité des vérifications opérées aux fins de prévention de double financement au titre de la facilité pour la relance et la résilience et d'autres programmes de l'Union, conformément au principe de bonne gestion financière ;

- garantir le respect de la réglementation relative aux aides d'Etat ;

- vérifier la fiabilité et la validité des éléments relatifs au respect des jalons et cibles (examens documentaires, contrôles sur place, etc.) ;

- recouvrer les sommes indues ou procéder aux corrections financières ;

- assurer la collecte et le stockage des données permettant l'audit et le contrôle, notamment les données relatives aux bénéficiaires finaux contractants et sous-contractants, les bénéficiaires effectifs du destinataire des fonds ou du contractant, ainsi que la liste de toutes les mesures de mise en œuvre des réformes et des projets d'investissement au titre du plan de relance et la résilience, avec le montant total du financement public de ces mesures et en indiquant le montant des fonds versés au titre de la facilité et d'autres fonds de l'Union. Ces procédures devront comprendre l'accès aux données par la Commission européenne, l'OLAF, la Cour des comptes européenne et le·Parquet européen ;

- assurer la visibilité du financement de l'Union.

La DNUM ministérielle met tout en œuvre pour éviter les irrégularités ciblées par la piste d'audit, dans l'exécution des projets.

Caisse nationale de l'assurance maladie

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

NOR : SSAX2230388K

Nom	Prénom	Date de naissance	Organisme	Date agrément provisoire	Date agrément définitif	Date assermentation
KOCHANOWICZ	Anne-Françoise	22/03/1965	CPAM DU HAINAUT	22/03/2021	11/03/2022	07/07/2021
GOURAUD	Houda	23/11/1983	CPAM DE LA NIEVRE	01/06/2021	11/03/2022	08/09/2021
JANIN	Benoît	10/05/1995	CPAM DU LOT	04/06/2021	17/03/2022	22/06/2021
MALY	Sandrine	06/07/1971	CPAM DE PAU-PYRENEES	31/03/2022		
COTELLE	Marie	21/04/1987	CPAM DU GARD	04/04/2022		