

# BULLETIN

## Officiel

Ministère des affaires sociales, de la santé  
et des droits des femmes

---

**Santé  
Protection sociale  
Solidarité**

N° 7 – 15 août 2015

**Plan de classement**

**Sommaire chronologique**

**Sommaire thématique**



**DIRECTION  
DE L'INFORMATION  
LÉGALE  
ET ADMINISTRATIVE**

26, rue Desaix  
75727 Paris Cedex 15

[www.dila.premier-ministre.gouv.fr](http://www.dila.premier-ministre.gouv.fr)

Directrice de la publication : Valérie Delahaye-Guillocheau, directrice de la direction des finances, des achats et des services Rédactrice en chef : Catherine Baude

Réalisation : **D F A S** – Bureau de la politique documentaire  
14, avenue Duquesne, 75350 Paris 07 SP – Tél. : 01-40-56-45-44

ISSN 2427-9765

# Plan de classement

## Administration

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

## Santé

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

## Solidarités

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

## Protection sociale

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



## Sommaire chronologique

|  | Pages      |
|--|------------|
| <b>13 mai 2015</b>   |            |
| <b>Instruction DSS/1B n° 2015-209 du 13 mai 2015</b> relative aux modalités de mise en œuvre des coopérations entre professionnels de santé concernant le bilan visuel.....  | <b>60</b>  |
| <b>2 juin 2015</b>   |            |
| <b>Instruction DGOS/R2 no 2015-184 du 2 juin 2015</b> relative à la mise en service de la plateforme de localisation des appels d'urgence (PFLAU).....   | <b>113</b> |
| <b>Note d'information DGS/EA4 n° 2015-181 du 2 juin 2015</b> relative aux échéances de la saison balnéaire 2015, aux modalités de prévention et de gestion des risques sanitaires liés à la présence de cyanobactéries ou d'amibes, à l'information du public à proximité des sites de baignades et à la mise à disposition du manuel pour l'utilisation de l'application SISE-Eaux de baignade..... | <b>387</b> |
| <b>4 juin 2015</b>   |            |
| <b>Instruction DGCS/SD4A n° 2015-187 du 4 juin 2015</b> relative à l'indemnisation et aux modalités de gestion de l'indemnisation des membres des jurys dans le cadre de la gestion centralisée des frais de jurys assurée par l'Agence de services et de paiement (ASP), pour les diplômés de travail social .....  | <b>405</b> |
| <b>5 juin 2015</b>   |            |
| <b>Circulaire interministérielle DGOS/R2/DGSCGC n° 2015-190 du 5 juin 2015</b> relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente .....  | <b>394</b> |
| <b>Instruction DGOS/SR6/R3/DREES/DMSI n° 2015-188 du 5 juin 2015</b> relative à l'enregistrement des installations autonomes de chirurgie esthétique dans le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS).....   | <b>196</b> |
| <b>Instruction DGOS/PF5 n° 2015-189 du 5 juin 2015</b> relative à la définition et au suivi des ressources et des charges des systèmes d'information hospitaliers (données de l'année 2014) .....  | <b>202</b> |
| <b>Instruction DGCS/SD5C/ANESM n° 2015-191 du 5 juin 2015</b> relative au dispositif de sensibilisation et d'appui sur l'évaluation externe à l'attention des établissements et services sociaux et médico-sociaux autorisés avant le 3 janvier 2002 et à certaines catégories d'ESSMS éloignés de l'évaluation externe .....  | <b>424</b> |
| <b>8 juin 2015</b>   |            |
| <b>Arrêté du 8 juin 2015</b> modifiant le modèle de la fiche de notification figurant à l'annexe 27 de l'arrêté du 22 août 2011 relatif à la notification obligatoire des maladies infectieuses et autres maladies mentionnées à l'article D.3113-7 du code de la santé publique (JORF n° 0137 du 16 juin 2015) .....  | <b>337</b> |

9 juin 2015

|   |    |
|---|----|
| <b>Circulaire DAJ/DPDC n° 2015-194 du 9 juin 2015</b> relative à la composition des instances ordinales siégeant en formation disciplinaire ..... | 46 |
| <b>Instruction DGOS/R2/DSS/1B/CNAMTS n° 2015-193 du 9 juin 2015</b> relative à l'organisation de la permanence des soins dentaires .....          | 71 |

12 juin 2015

|  |     |
|--|-----|
| <b>Convention de délégation de gestion du 12 juin 2015</b> entre la direction des finances, des achats et des services et la délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 « Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative » .....  | 3   |
| <b>Convention de délégation de gestion du 12 juin 2015</b> entre la direction des finances, des achats et des services et la direction des systèmes d'information relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 « Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative » .....  | 5   |
| <b>Convention de délégation de gestion du 12 juin 2015</b> entre la direction des finances, des achats et des services et l'inspection générale de la jeunesse et des sports relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 « Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative » .....   | 7   |
| <b>Note d'information CNG/DGD/UDH-DS n° 2015-197 du 12 juin 2015</b> relative à l'évaluation et à la prime de fonctions et de résultats des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière au titre de l'année 2015 .....   | 227 |
| <b>Note d'information CNG/DGD/UDH-DS n° 2015-198 du 12 juin 2015</b> relative à l'évaluation et à la prime de fonctions et de résultats des directeurs des soins des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière au titre de l'année 2015 .....   | 264 |
| <b>Note d'information CNG/DGD/UD3S n° 2015-199 du 12 juin 2015</b> relative à l'évaluation et à la prime de fonctions et de résultats au titre de l'année 2015 des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (2° à 6°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, des établissements mentionnés au 1° de l'article 2 de la même loi, figurant sur l'arrêté de la ministre de la santé et des sports en date du 22 avril 2008, fixant la liste des établissements publics de santé dans lesquels les directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux exercent leurs fonctions de directeur, ainsi que dans les établissements mentionnés aux 1° et 7° de la même loi en qualité de directeur adjoint..... | 300 |

15 juin 2015

|  |     |
|--|-----|
| <b>Décision n° 2015-0011 DP/SG du 15 juin 2015</b> du président de la Haute Autorité de santé portant délégation de signature au chef du service budget et finances .....  | 25  |
| <b>Circulaire interministérielle DSS/SD2B n° 2015-204 du 15 juin 2015</b> relative au barème de modulation des allocations familiales, de la majoration pour âge et de l'allocation forfaitaire servies en métropole et dans les départements d'outre-mer au 1 <sup>er</sup> juillet 2015.....                                 | 430 |
| <b>Instruction DGOS/PF2 n° 2015-200 du 15 juin 2015</b> relative aux résultats de l'enquête nationale sur l'organisation de la traçabilité sanitaire des dispositifs médicaux implantables dans les établissements de santé des secteurs publics et privés, titulaires d'activités de médecine, chirurgie et obstétrique ..... | 75  |



|   | Pages      |
|---|------------|
| <b>Instruction DGOS/PF2/DGS/RI1/DGCS n° 2015-202 du 15 juin 2015</b> relative au programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) 2015 ..... | <b>117</b> |
| <b>Instruction DGOS/RH3/DGCS/4B n° 2015-205 du 15 juin 2015</b> relative à la mutualisation des heures syndicales dans la fonction publique hospitalière .....                      | <b>225</b> |

### 17 juin 2015

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Arrêté du 17 juin 2015</b> portant nomination à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu .....  | <b>54</b> |
| <b>Convention de délégation de gestion du 17 juin 2015</b> entre la direction des finances, des achats et des services et la direction générale de la santé relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 « Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative » ..... | <b>9</b>  |

### 18 juin 2015

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Arrêté du 18 juin 2015</b> portant nomination des membres de la commission chargée d'émettre un avis sur les qualifications professionnelles des personnes spécialisées en radiophysique médicale titulaires d'un diplôme délivré hors de France, prévue par le décret n° 2009-742 du 19 juin 2009 ..... | <b>55</b> |
|---|-----------|

### 19 juin 2015

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Arrêté du 19 juin 2015</b> portant nomination au conseil central de la section B de l'ordre des pharmaciens ..... | <b>57</b> |
| <b>Arrêté du 19 juin 2015</b> portant nomination au conseil national de l'ordre des pharmaciens .....                | <b>58</b> |

### 22 juin 2015

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Arrêté du 22 juin 2015</b> portant désignation des représentants du personnel au sein du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail unique d'administration centrale institué dans les départements ministériels relevant des ministres chargés des affaires sociales, de la santé, des droits des femmes, de la jeunesse et des sports .....  | <b>1</b>  |
| <b>Convention de délégation de gestion du 22 juin 2015</b> entre la direction des finances, des achats et des services et la direction des sports relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 « Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative » .....                   | <b>11</b> |
| <b>Convention de délégation de gestion du 22 juin 2015</b> entre la direction des finances, des achats et des services et la direction générale de l'offre de soins relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 « Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative » ..... | <b>13</b> |
| <b>Convention de délégation de gestion du 22 juin 2015</b> entre la direction des finances, des achats et des services et la direction générale du travail relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 « Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative » .....          | <b>15</b> |

### 24 juin 2015

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Arrêté du 24 juin 2015</b> prorogeant le mandat de membres du conseil d'administration de l'Institut national des jeunes aveugles de Paris ..... | <b>23</b> |
|---|-----------|

## 25 juin 2015

|  |            |
|--|------------|
| <b>Arrêté du 25 juin 2015</b> relatif à la composition nominative de la commission d'accès au tour extérieur, compétente à l'égard du corps des directeurs d'hôpital de la fonction publique hospitalière..... | <b>223</b> |
|--|------------|

## 26 juin 2015

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Décision en date du 26 juin 2015</b> portant renouvellement de la reconnaissance du réseau régional de cancérologie des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse – ONCOPACACorse..... | <b>26</b> |
|---|-----------|

## 29 juin 2015

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Arrêté du 29 juin 2015</b> portant nomination à l'Observatoire des risques médicaux institué à l'article L. 1142-29 du code de la santé publique ..... | <b>24</b> |
|---|-----------|

## 30 juin 2015

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Décision DG n° 2015-223 du 30 juin 2015</b> portant habilitation d'inspecteurs de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé..... | <b>27</b> |
| <b>Décision du 30 juin 2015</b> portant mission nationale .....   | <b>28</b> |
| <b>Décision du 30 juin 2015</b> portant mission nationale .....   | <b>33</b> |
| <b>Décision du 30 juin 2015</b> portant mission nationale .....   | <b>37</b> |
| <b>Décision du 30 juin 2015</b> portant mission nationale .....   | <b>42</b> |

## 1<sup>er</sup> juillet 2015

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Instruction DGOS/R3 n° 2015-222 du 1<sup>er</sup> juillet 2015</b> relative à l'appel à projets auprès des ARS pour l'accompagnement de projets pilotes permettant de prendre en charge en chirurgie ambulatoire des patients atteints de cancer..... | <b>84</b> |
|--|-----------|

## 3 juillet 2015

|  |            |
|--|------------|
| <b>Convention de délégation de gestion du 3 juillet 2015</b> entre la direction des finances, des achats et des services et la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 « conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative » .....    | <b>17</b>  |
| <b>Convention de délégation de gestion du 3 juillet 2015</b> entre la direction des finances, des achats et des services et la direction de la sécurité sociale relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 « conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative » .....  | <b>19</b>  |
| <b>Convention de délégation de gestion du 3 juillet 2015</b> entre la direction des finances, des achats et des services et la mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 « conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative » ..... | <b>21</b>  |
| <b>Instruction DGS/RI2 n° 2015-195 du 3 juillet 2015</b> relative à la mise en place des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles .....  | <b>339</b> |

### 15 juillet 2015

|  |            |
|--|------------|
| <b>Arrêté du 15 juillet 2015</b> portant autorisation temporaire d'exercice de la médecine en France.....  | <b>59</b>  |
| <b>Arrêté du 15 juillet 2015</b> portant ouverture d'une session d'examen pour l'obtention du certificat d'aptitude à l'éducation et la rééducation de la locomotion auprès des personnes déficientes visuelles en 2016..... | <b>404</b> |

### 24 juillet 2015

|   |            |
|---|------------|
| <b>Arrêté du 24 juillet 2015</b> portant nomination au conseil d'administration de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes ..... | <b>427</b> |
|---|------------|

### Non daté

|  |            |
|--|------------|
| <b>Liste des agents de contrôle</b> de la branche vieillesse ayant reçu l'agrément définitif d'exercer leurs fonctions en application des dispositions de l'arrêté du 5 mai 2014 fixant les conditions d'agrément des agents et des praticiens-conseils chargés du contrôle de l'application des législations de sécurité sociale..... | <b>434</b> |
| <b>Liste des agents de contrôle</b> de la branche vieillesse ayant reçu l'agrément définitif d'exercer leurs fonctions en application des dispositions de l'arrêté du 5 mai 2014 fixant les conditions d'agrément des agents et des praticiens-conseils chargés du contrôle de l'application des législations de sécurité sociale..... | <b>435</b> |
| <b>Délégations de signature</b> de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés....  | <b>48</b>  |
| <b>Délégation de signature</b> de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés .....   | <b>53</b>  |

# Sommaire thématique

Pages

## ADMINISTRATION

### *Administration centrale*

|   |    |
|---|----|
| <b>Arrêté du 22 juin 2015</b> portant désignation des représentants du personnel au sein du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail unique d'administration centrale institué dans les départements ministériels relevant des ministres chargés des affaires sociales, de la santé, des droits des femmes, de la jeunesse et des sports.....                                     | 1  |
| <b>Convention de délégation de gestion du 12 juin 2015</b> entre la direction des finances, des achats et des services et la délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 «Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative» .....           | 3  |
| <b>Convention de délégation de gestion du 12 juin 2015</b> entre la direction des finances, des achats et des services et la direction des systèmes d'information relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 «Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative».....  | 5  |
| <b>Convention de délégation de gestion du 12 juin 2015</b> entre la direction des finances, des achats et des services et l'inspection générale de la jeunesse et des sports relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 «Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative».....                             | 7  |
| <b>Convention de délégation de gestion du 17 juin 2015</b> entre la direction des finances, des achats et des services et la direction générale de la santé relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 «Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative» .....   | 9  |
| <b>Convention de délégation de gestion du 22 juin 2015</b> entre la direction des finances, des achats et des services et la direction des sports relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 «Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative» .....   | 11 |
| <b>Convention de délégation de gestion du 22 juin 2015</b> entre la direction des finances, des achats et des services et la direction générale de l'offre de soins relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 «Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative».....                                      | 13 |
| <b>Convention de délégation de gestion du 22 juin 2015</b> entre la direction des finances, des achats et des services et la direction générale du travail relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 «Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative» .....  | 15 |
| <b>Convention de délégation de gestion du 3 juillet 2015</b> entre la direction des finances, des achats et des services et la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 «conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative» ..... | 17 |
| <b>Convention de délégation de gestion du 3 juillet 2015</b> entre la direction des finances, des achats et des services et la direction de la sécurité sociale relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 «conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative» .....   | 19 |

|   | Pages |
|---|-------|
| <b>Convention de délégation de gestion du 3 juillet 2015</b> entre la direction des finances, des achats et des services et la mission nationale de contrôle et d’audit des organismes de sécurité sociale relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 «conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative»..... | 21    |
| <i>Autorités administratives indépendantes, établissements et organismes</i>  |       |
| <b>Arrêté du 24 juin 2015</b> prorogeant le mandat de membres du conseil d’administration de l’Institut national des jeunes aveugles de Paris .....   | 23    |
| <b>Arrêté du 29 juin 2015</b> portant nomination à l’Observatoire des risques médicaux institué à l’article L.1142-29 du code de la santé publique .....  | 24    |
| <b>Décision n° 2015-0011 DP/SG du 15 juin 2015</b> du président de la Haute Autorité de santé portant délégation de signature au chef du service budget et finances.....  | 25    |
| <b>Décision en date du 26 juin 2015</b> portant renouvellement de la reconnaissance du réseau régional de cancérologie des régions Provence-Alpes-Côte d’Azur et Corse – ONCOPACACorse.....   | 26    |
| <b>Décision DG n° 2015-223 du 30 juin 2015</b> portant habilitation d’inspecteurs de l’Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.....   | 27    |
| <b>Décision du 30 juin 2015</b> portant mission nationale .....   | 28    |
| <b>Décision du 30 juin 2015</b> portant mission nationale .....   | 33    |
| <b>Décision du 30 juin 2015</b> portant mission nationale .....   | 37    |
| <b>Décision du 30 juin 2015</b> portant mission nationale .....   | 42    |
| <b>Circulaire DAJ/DPDC n° 2015-194 du 9 juin 2015</b> relative à la composition des instances ordinales siégeant en formation disciplinaire .....   | 46    |
| <b>Délégations de signature</b> de la Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés....   | 48    |
| <b>Délégation de signature</b> de la Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés .....  | 53    |

## SANTÉ

### *Professions de santé*

|  |    |
|--|----|
| <b>Arrêté du 17 juin 2015</b> portant nomination à l’organisme gestionnaire du développement professionnel continu.....  | 54 |
| <b>Arrêté du 18 juin 2015</b> portant nomination des membres de la commission chargée d’émettre un avis sur les qualifications professionnelles des personnes spécialisées en radiophysique médicale titulaires d’un diplôme délivré hors de France, prévue par le décret n° 2009-742 du 19 juin 2009. | 55 |
| <b>Arrêté du 19 juin 2015</b> portant nomination au conseil central de la section B de l’ordre des pharmaciens.....  | 57 |
| <b>Arrêté du 19 juin 2015</b> portant nomination au conseil national de l’ordre des pharmaciens.....   | 58 |
| <b>Arrêté du 15 juillet 2015</b> portant autorisation temporaire d’exercice de la médecine en France.....  | 59 |
| <b>Instruction DSS/1B n° 2015-209 du 13 mai 2015</b> relative aux modalités de mise en œuvre des coopérations entre professionnels de santé concernant le bilan visuel.....  | 60 |
| <b>Instruction DGOS/R2/DSS/1B/CNAMTS n° 2015-193 du 9 juin 2015</b> relative à l’organisation de la permanence des soins dentaires .....   | 71 |

## Établissements de santé

**Instruction DGOS/PF2 n° 2015-200 du 15 juin 2015** relative aux résultats de l'enquête nationale sur l'organisation de la traçabilité sanitaire des dispositifs médicaux implantables dans les établissements de santé des secteurs publics et privés, titulaires d'activités de médecine, chirurgie et obstétrique..... **75**

**Instruction DGOS/R3 n° 2015-222 du 1<sup>er</sup> juillet 2015** relative à l'appel à projets auprès des ARS pour l'accompagnement de projets pilotes permettant de prendre en charge en chirurgie ambulatoire des patients atteints de cancer..... **84**

### Organisation

**Instruction DGOS/R2 n° 2015-184 du 2 juin 2015** relative à la mise en service de la plateforme de localisation des appels d'urgence (PFLAU)..... **113**

**Instruction DGOS/PF2/DGS/RI1/DGCS n° 2015-202 du 15 juin 2015** relative au programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) 2015 ..... **117**

### Gestion

**Instruction DGOS/SR6/R3/DREES/DMSI n° 2015-188 du 5 juin 2015** relative à l'enregistrement des installations autonomes de chirurgie esthétique dans le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS)..... **196**

**Instruction DGOS/PF5 n° 2015-189 du 5 juin 2015** relative à la définition et au suivi des ressources et des charges des systèmes d'information hospitaliers (données de l'année 2014) ..... **202**

### Personnel

**Arrêté du 25 juin 2015** relatif à la composition nominative de la commission d'accès au tour extérieur, compétente à l'égard du corps des directeurs d'hôpital de la fonction publique hospitalière..... **223**

**Instruction DGOS/RH3/DGCS/4B n° 2015-205 du 15 juin 2015** relative à la mutualisation des heures syndicales dans la fonction publique hospitalière..... **225**

**Note d'information CNG/DGD/UDH-DS n° 2015-197 du 12 juin 2015** relative à l'évaluation et à la prime de fonctions et de résultats des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1<sup>o</sup> et 7<sup>o</sup>) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière au titre de l'année 2015 ..... **227**

**Note d'information CNG/DGD/UDH-DS n° 2015-198 du 12 juin 2015** relative à l'évaluation et à la prime de fonctions et de résultats des directeurs des soins des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière au titre de l'année 2015 ..... **264**

**Note d'information CNG/DGD/UD3S n° 2015-199 du 12 juin 2015** relative à l'évaluation et à la prime de fonctions et de résultats au titre de l'année 2015 des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (2<sup>o</sup> à 6<sup>o</sup>) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, des établissements mentionnés au 1<sup>o</sup> de l'article 2 de la même loi, figurant sur l'arrêté de la ministre de la santé et des sports en date du 22 avril 2008, fixant la liste des établissements publics de santé dans lesquels les directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux exercent leurs fonctions de directeur, ainsi que dans les établissements mentionnés aux 1<sup>o</sup> et 7<sup>o</sup> de la même loi en qualité de directeur adjoint..... **300**

## Santé publique

**Arrêté du 8 juin 2015** modifiant le modèle de la fiche de notification figurant à l'annexe 27 de l'arrêté du 22 août 2011 relatif à la notification obligatoire des maladies infectieuses et autres maladies mentionnées à l'article D.3113-7 du code de la santé publique (JORF n° 0137 du 16 juin 2015) ..... **337**

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

|   |            |
|---|------------|
| <b>Instruction DGS/RI2 n° 2015-195 du 3 juillet 2015</b> relative à la mise en place des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles ..... | <b>339</b> |
|---|------------|

Santé environnementale

|  |            |
|--|------------|
| <b>Note d'information DGS/EA4 n° 2015-181 du 2 juin 2015</b> relative aux échéances de la saison balnéaire 2015, aux modalités de prévention et de gestion des risques sanitaires liés à la présence de cyanobactéries ou d'amibes, à l'information du public à proximité des sites de baignades et à la mise à disposition du manuel pour l'utilisation de l'application SISE-Eaux de baignade..... | <b>387</b> |
|--|------------|

Urgences

|   |            |
|---|------------|
| <b>Circulaire interministérielle DGOS/R2/DGSCGC n° 2015-190 du 5 juin 2015</b> relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente ..... | <b>394</b> |
|---|------------|

## SOLIDARITÉS

### *Professions sociales*

|   |            |
|---|------------|
| <b>Arrêté du 15 juillet 2015</b> portant ouverture d'une session d'examen pour l'obtention du certificat d'aptitude à l'éducation et la rééducation de la locomotion auprès des personnes déficientes visuelles en 2016.....  | <b>404</b> |
| <b>Instruction DGCS/SD4A n° 2015-187 du 4 juin 2015</b> relative à l'indemnisation et aux modalités de gestion de l'indemnisation des membres des jurys dans le cadre de la gestion centralisée des frais de jurys assurée par l'Agence de services et de paiement (ASP), pour les diplômés de travail social ..... | <b>405</b> |

### *Établissements sociaux et médico-sociaux*

|   |            |
|---|------------|
| <b>Instruction DGCS/SD5C/ANESM n° 2015-191 du 5 juin 2015</b> relative au dispositif de sensibilisation et d'appui sur l'évaluation externe à l'attention des établissements et services sociaux et médico-sociaux autorisés avant le 3 janvier 2002 et à certaines catégories d'ESSMS éloignés de l'évaluation externe ..... | <b>424</b> |
|---|------------|

## PROTECTION SOCIALE

### *Sécurité sociale : organisation, financement*

|  |            |
|--|------------|
| <b>Arrêté du 24 juillet 2015</b> portant nomination au conseil d'administration de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes .....  | <b>427</b> |
| <b>Circulaire interministérielle DSS/SD2B n° 2015-204 du 15 juin 2015</b> relative au barème de modulation des allocations familiales, de la majoration pour âge et de l'allocation forfaitaire servies en métropole et dans les départements d'outre-mer au 1 <sup>er</sup> juillet 2015.....   | <b>430</b> |
| <b>Liste des agents de contrôle</b> de la branche vieillesse ayant reçu l'agrément définitif d'exercer leurs fonctions en application des dispositions de l'arrêté du 5 mai 2014 fixant les conditions d'agrément des agents et des praticiens-conseils chargés du contrôle de l'application des législations de sécurité sociale..... | <b>434</b> |

|  |            |
|--|------------|
| <b>Liste des agents de contrôle</b> de la branche vieillesse ayant reçu l'agrément définitif d'exercer leurs fonctions en application des dispositions de l'arrêté du 5 mai 2014 fixant les conditions d'agrément des agents et des praticiens-conseils chargés du contrôle de l'application des législations de sécurité sociale..... | <b>435</b> |
|--|------------|



## ADMINISTRATION

### ADMINISTRATION CENTRALE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

#### **Arrêté du 22 juin 2015 portant désignation des représentants du personnel au sein du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail unique d'administration centrale institué dans les départements ministériels relevant des ministres chargés des affaires sociales, de la santé, des droits des femmes, de la jeunesse et des sports**

NOR : AFSR1530457A

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et le ministre de la ville, de la jeunesse et des sports,

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

Vu le décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique;

Vu le décret n° 2011-184 du 15 février 2011 relatif aux comités techniques dans les administrations et les établissements publics de l'État;

Vu l'arrêté du 8 juillet 2014 portant création et composition du comité technique d'administration centrale unique institué dans les départements ministériels relevant des ministres chargés des affaires sociales, de la santé, des droits des femmes, de la jeunesse et des sports;

Vu l'arrêté du 12 mai 2015 portant création du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail unique d'administration centrale institué dans les départements ministériels relevant des ministres chargés des affaires sociales, de la santé, des droits des femmes, de la jeunesse et des sports;

Vu l'arrêté du 20 mai 2015 fixant la liste des organisations syndicales habilitées à désigner des représentants au sein du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail unique d'administration centrale institué dans les départements ministériels relevant des ministres chargés des affaires sociales, de la santé, des droits des femmes, de la jeunesse et des sports;

Sur proposition des organisations syndicales,

Arrêtent:

Article 1<sup>er</sup>

#### **Syndicat CFDT**

##### *Membres titulaires*

Mme Catherine TROTTE-DELAVAL, direction générale de la cohésion sociale.

M. Jean-Fabien DELHAYE, direction des finances, des achats et des services.

##### *Membres suppléants*

Mme Véronique VERBIE-DUFAY, direction des ressources humaines.

M. Dominique TELLE, direction générale de la cohésion sociale.

#### **Syndicat CGT**

##### *Membres titulaires*

Mme Catherine CHARDIN, direction générale de la santé.

M. Christophe CHALVET, direction des systèmes d'information.

M. Patrice BRISSAT, délégation à l'information et à la communication.

*Membres suppléants*

M. Jean DE LABRUSSE, direction des sports.  
Mme Annie BATREL, direction des ressources humaines.  
Mme Fatiha BAGHLI, direction générale de la santé.

**Syndicat UNSA**

*Membres titulaires*

Mme Christine COMBE, direction des affaires juridiques.  
M. Jean-Paul KRUMBHOLZ, direction des sports.

*Membres suppléants*

M. Thierry CATELAN, direction des sports.  
M. Stéphane JOUSSEAUME, délégation à l'information et à la communication.

Article 2

Le directeur des ressources humaines des ministères chargés des affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié aux *Bulletins officiels* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et du ministère de la ville, de la jeunesse et des sports.

Fait le 22 juin 2015.

Pour les ministres et par délégation :  
*Le directeur des ressources humaines,*  
J. BLONDEL

## ADMINISTRATION

### ADMINISTRATION CENTRALE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI,  
DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE  
ET DU DIALOGUE SOCIAL

#### **Convention de délégation de gestion du 12 juin 2015 entre la direction des finances, des achats et des services et la délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 « Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative »**

NOR : AFSG1530426X

La présente convention est établie entre :

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

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

D'une part,

Et :

Le délégataire : délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle,

Représentée par Mme la déléguée générale à l'emploi et à la formation professionnelle,

D'autre part.

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

#### Article 1<sup>er</sup>

##### *Objet de la convention*

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

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

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

#### Article 2

##### *Désignation des agents autorisés à engager des dépenses*

Les agents de la délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle habilités à engager des dépenses dans le cadre de la présente convention sont ceux qui interviennent sur les dépenses de fonctionnement identifiées à l'article 1<sup>er</sup>. La déléguée générale, le chef de service ayant autorité sur la mission des ressources humaines et des affaires générales, et les agents de la mission des ressources humaines et des affaires générales disposant d'une délégation de signature de la déléguée générale bénéficient de cette autorisation d'engager des dépenses sur le programme 124.

Le délégataire communique cette décision au délégant, ainsi qu'au contrôleur budgétaire et comptable ministériel.

#### Article 3

##### *Conformité des dépenses au code des marchés publics*

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

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

#### Article 4

##### *Prise en charge des dépenses*

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

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

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

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

#### Article 5

##### *Durée de la convention*

La présente convention est conclue pour une durée d'une année, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, renouvelable par tacite reconduction.

#### Article 6

##### *Modification et dénonciation de la convention*

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

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

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

La présente convention sera publiée au *Bulletin officiel* de chaque département ministériel concerné, conformément à l'article 2 du décret n° 2004-1085 du 14 octobre 2004.

Fait le 12 juin 2015.

*La directrice des finances,  
des achats et des services,  
V. DELAHAYE-GUILLOCHEAU*

*La déléguée générale à l'emploi  
et à la formation professionnelle,  
E. WARGON*

## ADMINISTRATION

### ADMINISTRATION CENTRALE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI,  
DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE  
ET DU DIALOGUE SOCIAL

MINISTÈRE DE LA VILLE,  
DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

#### **Convention de délégation de gestion du 12 juin 2015 entre la direction des finances, des achats et des services et la direction des systèmes d'information relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 « Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative »**

NOR : AFSG1530427X

La présente convention est établie entre :

Le délégant : direction des finances, des achats et des services,  
Représentée par Mme la directrice des finances, des achats et des services,  
D'une part,

Et :

Le délégataire : direction des systèmes d'information,  
Représentée par M. le directeur des systèmes d'information,  
D'autre part.

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

#### Article 1<sup>er</sup>

##### *Objet de la convention*

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

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

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

#### Article 2

##### *Désignation des agents autorisés à engager des dépenses*

Par une décision, le délégataire désigne les agents de sa structure habilités à engager des dépenses dans le cadre de la présente convention.

Il communique cette décision au délégant, ainsi qu'au contrôleur budgétaire et comptable ministériel.

#### Article 3

##### *Conformité des dépenses au code des marchés publics*

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

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

#### Article 4

##### *Prise en charge des dépenses*

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

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

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

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

#### Article 5

##### *Durée de la convention*

La présente convention est conclue pour une durée d'une année, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, renouvelable par tacite reconduction.

#### Article 6

##### *Modification et dénonciation de la convention*

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

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

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

La présente convention sera publiée au *Bulletin officiel* de chaque département ministériel concerné, conformément à l'article 2 du décret n° 2004-1085 du 14 octobre 2004.

Fait le 12 juin 2015.

*La directrice des finances,  
des achats et des services,  
V. DELAHAYE-GUILLOCHEAU*

*Le directeur des systèmes d'information,  
N. TISSOT*

## ADMINISTRATION

### ADMINISTRATION CENTRALE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

MINISTÈRE DE LA VILLE,  
DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

#### **Convention de délégation de gestion du 12 juin 2015 entre la direction des finances, des achats et des services et l'inspection générale de la jeunesse et des sports relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 «Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative»**

NOR : AFSG1530430X

La présente convention est établie entre :

Le délégant : direction des finances, des achats et des services,  
Représentée par Mme la directrice des finances, des achats et des services,  
D'une part,

Et :

Le délégataire : inspection générale de la jeunesse et des sports,  
Représentée par M. le chef du service de l'inspection générale de la jeunesse et des sports,  
D'autre part.

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

#### Article 1<sup>er</sup>

##### *Objet de la convention*

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

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

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

#### Article 2

##### *Désignation des agents autorisés à engager des dépenses*

Par une décision, le délégataire désigne les agents de sa structure habilités à engager des dépenses dans le cadre de la présente convention.

Il communique cette décision au délégant, ainsi qu'au contrôleur budgétaire et comptable ministériel.

#### Article 3

##### *Conformité des dépenses au code des marchés publics*

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

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

#### Article 4

##### *Prise en charge des dépenses*

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

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

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

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

#### Article 5

##### *Durée de la convention*

La présente convention est conclue pour une durée d'une année, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, renouvelable par tacite reconduction.

#### Article 6

##### *Modification et dénonciation de la convention*

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

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

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

La présente convention sera publiée au *Bulletin officiel* de chaque département ministériel concerné, conformément à l'article 2 du décret n° 2004-1085 du 14 octobre 2004.

Fait le 12 juin 2015.

*La directrice des finances,  
des achats et des services,  
V. DELAHAYE-GUILLOCHEAU*

*Le chef du service de l'inspection générale  
de la jeunesse et des sports,  
H. CANNEVA*



## ADMINISTRATION

### ADMINISTRATION CENTRALE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

**Convention de délégation de gestion du 17 juin 2015 entre la direction des finances, des achats et des services et la direction générale de la santé relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 « Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative »**

NOR : AFSG1530463X

La présente convention est établie entre :

Le délégant : direction des finances, des achats et des services,  
Représentée par Mme la directrice des finances, des achats et des services,  
D'une part,

Et :

Le délégataire : direction générale de la santé,  
Représentée par M. le directeur général de la santé,  
D'autre part.

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

#### Article 1<sup>er</sup>

##### *Objet de la convention*

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

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

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

#### Article 2

##### *Désignation des agents autorisés à engager des dépenses*

Par une décision, le délégataire désigne les agents de sa structure habilités à engager des dépenses dans le cadre de la présente convention.

Il communique cette décision au délégant, ainsi qu'au contrôleur budgétaire et comptable ministériel.

#### Article 3

##### *Conformité des dépenses au code des marchés publics*

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

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

#### Article 4

##### *Prise en charge des dépenses*

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

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

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

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

#### Article 5

##### *Durée de la convention*

La présente convention est conclue pour une durée d'une année, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, renouvelable par tacite reconduction.

#### Article 6

##### *Modification et dénonciation de la convention*

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

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

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

La présente convention sera publiée au *Bulletin officiel* de chaque département ministériel concerné, conformément à l'article 2 du décret n° 2004-1085 du 14 octobre 2004.

Fait le 17 juin 2015.

*La directrice des finances,  
des achats et des services,*  
V. DELAHAYE-GUILLOCHEAU

*Le directeur général de la santé,*  
B. VALLET

## ADMINISTRATION

### ADMINISTRATION CENTRALE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

MINISTÈRE DE LA VILLE,  
DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

#### **Convention de délégation de gestion du 22 juin 2015 entre la direction des finances, des achats et des services et la direction des sports relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 «Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative»**

NOR : AFSG1530460X

La présente convention est établie entre :

Le délégant : direction des finances, des achats et des services,  
Représentée par Mme la directrice des finances, des achats et des services,  
D'une part,

Et :

Le délégataire : direction des sports,  
Représentée par M. le directeur des sports,  
D'autre part.

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

#### Article 1<sup>er</sup>

##### *Objet de la convention*

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

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

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

#### Article 2

##### *Désignation des agents autorisés à engager des dépenses*

Par une décision, le délégataire désigne les agents de sa structure habilités à engager des dépenses dans le cadre de la présente convention.

Il communique cette décision au délégant, ainsi qu'au contrôleur budgétaire et comptable ministériel.

#### Article 3

##### *Conformité des dépenses au code des marchés publics*

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

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

#### Article 4

##### *Prise en charge des dépenses*

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

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

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

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

#### Article 5

##### *Durée de la convention*

La présente convention est conclue pour une durée d'une année, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, renouvelable par tacite reconduction.

#### Article 6

##### *Modification et dénonciation de la convention*

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

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

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

La présente convention sera publiée au *Bulletin officiel* de chaque département ministériel concerné, conformément à l'article 2 du décret n° 2004-1085 du 14 octobre 2004.

Fait le 22 juin 2015.

*Le directeur des sports,*  
T. MOSIMANN

*La directrice des finances,  
des achats et des services,*  
V. DELAHAYE-GUILLOCHEAU

## ADMINISTRATION

### ADMINISTRATION CENTRALE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

#### **Convention de délégation de gestion du 22 juin 2015 entre la direction des finances, des achats et des services et la direction générale de l'offre de soins relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 « Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative »**

NOR : AFSG1530462X

La présente convention est établie entre :

Le délégant : direction des finances, des achats et des services,  
Représentée par Mme la directrice des finances, des achats et des services,  
D'une part,

Et :

Le délégataire : direction générale de l'offre de soins,  
Représentée par M. le directeur général de l'offre de soins,  
D'autre part.

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

#### Article 1<sup>er</sup>

##### *Objet de la convention*

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

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

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

#### Article 2

##### *Désignation des agents autorisés à engager des dépenses*

Par une décision, le délégataire désigne les agents de sa structure habilités à engager des dépenses dans le cadre de la présente convention.

Il communique cette décision au délégant, ainsi qu'au contrôleur budgétaire et comptable ministériel.

#### Article 3

##### *Conformité des dépenses au code des marchés publics*

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

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

#### Article 4

##### *Prise en charge des dépenses*

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

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

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

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

#### Article 5

##### *Durée de la convention*

La présente convention est conclue pour une durée d'une année, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, renouvelable par tacite reconduction.

#### Article 6

##### *Modification et dénonciation de la convention*

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

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

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

La présente convention sera publiée au *Bulletin officiel* de chaque département ministériel concerné, conformément à l'article 2 du décret n° 2004-1085 du 14 octobre 2004.

Fait le 22 juin 2015.

*La directrice des finances,  
des achats et des services,  
V. DELAHAYE-GUILLOCHEAU*

*Le directeur général de l'offre de soins,  
J. DEBEAUPUIS*

## ADMINISTRATION

### ADMINISTRATION CENTRALE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI,  
DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE  
ET DU DIALOGUE SOCIAL

#### **Convention de délégation de gestion du 22 juin 2015 entre la direction des finances, des achats et des services et la direction générale du travail relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 « Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative »**

NOR : AFSG1530464X

La présente convention est établie entre :

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

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

D'une part,

Et :

Le délégataire : direction générale du travail,

Représentée par M. le directeur général du travail,

D'autre part.

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

#### Article 1<sup>er</sup>

##### *Objet de la convention*

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

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

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

#### Article 2

##### *Désignation des agents autorisés à engager des dépenses*

Par une décision, le délégataire désigne les agents de sa structure habilités à engager des dépenses dans le cadre de la présente convention.

Il communique cette décision au délégant, ainsi qu'au contrôleur budgétaire et comptable ministériel.

#### Article 3

##### *Conformité des dépenses au code des marchés publics*

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

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

#### Article 4

##### *Prise en charge des dépenses*

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

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

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

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

#### Article 5

##### *Durée de la convention*

La présente convention est conclue pour une durée d'une année, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, renouvelable par tacite reconduction.

#### Article 6

##### *Modification et dénonciation de la convention*

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

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

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

La présente convention sera publiée au *Bulletin officiel* de chaque département ministériel concerné, conformément à l'article 2 du décret n° 2004-1085 du 14 octobre 2004.

Fait le 22 juin 2015.

*La directrice des finances,  
des achats et des services,  
V. DELAHAYE-GUILLOCHEAU*

*Le directeur général du travail,  
Y. STRUILLOU*



## ADMINISTRATION

### ADMINISTRATION CENTRALE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI,  
DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE  
ET DU DIALOGUE SOCIAL

#### **Convention de délégation de gestion du 3 juillet 2015 entre la direction des finances, des achats et des services et la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 « conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative »**

NOR : AFSG1530472X

La présente convention est établie entre :

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

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

D'une part,

Et :

Le délégataire : la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques,

Représentée par Mme la directrice de l'animation de la recherche, des études et des statistiques.

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

#### Article 1<sup>er</sup>

##### *Objet de la convention*

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

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

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

#### Article 2

##### *Désignation des agents autorisés à engager des dépenses*

Par une décision, le délégataire désigne les agents de sa structure habilités à engager des dépenses dans le cadre de la présente convention.

Il communique cette décision au délégant, ainsi qu'au contrôleur budgétaire et comptable ministériel.

#### Article 3

##### *Conformité des dépenses au code des marchés publics*

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

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

#### Article 4

##### *Prise en charge des dépenses*

Le délégant et le délégataire s'assurent que la dépense est bien dans l'enveloppe citée à l'article 1<sup>er</sup>.

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

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

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

#### Article 5

##### *Durée de la convention*

La présente convention est conclue pour une durée d'une année, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, renouvelable par tacite reconduction.

#### Article 6

##### *Modification et dénonciation de la convention*

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

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

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

La présente convention sera publiée au *Bulletin officiel* de chaque département ministériel concerné, conformément à l'article 2 du décret n° 2004-1085 du 14 octobre 2004.

Fait le 3 juillet 2015.

*La directrice des finances,  
des achats et des services,  
V. DELAHAYE-GUILLOCHEAU*

*La directrice de l'animation de la recherche,  
des études et des statistiques,  
F. BOUYGARD*

## ADMINISTRATION

### ADMINISTRATION CENTRALE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

#### **Convention de délégation de gestion du 3 juillet 2015 entre la direction des finances, des achats et des services et la direction de la sécurité sociale relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 « conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative »**

NOR : AFSG1530473X

La présente convention est établie entre :

Le délégant : direction des finances, des achats et des services,  
Représentée par Mme la directrice des finances, des achats et des services,  
D'une part,

Et :

Le délégataire : direction de la sécurité sociale,  
Représentée par M. le directeur de la sécurité sociale.

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

#### Article 1<sup>er</sup>

##### *Objet de la convention*

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

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

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

#### Article 2

##### *Désignation des agents autorisés à engager des dépenses*

Par une décision, le délégataire désigne les agents de sa structure habilités à engager des dépenses dans le cadre de la présente convention.

Il communique cette décision au délégant, ainsi qu'au contrôleur budgétaire et comptable ministériel.

#### Article 3

##### *Conformité des dépenses au code des marchés publics*

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

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

#### Article 4

##### *Prise en charge des dépenses*

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

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

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

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

#### Article 5

##### *Durée de la convention*

La présente convention est conclue pour une durée d'une année, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, renouvelable par tacite reconduction.

#### Article 6

##### *Modification et dénonciation de la convention*

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

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

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

La présente convention sera publiée au *Bulletin officiel* de chaque département ministériel concerné, conformément à l'article 2 du décret n° 2004-1085 du 14 octobre 2004.

Fait le 3 juillet 2015.

*La directrice des finances,  
des achats et des services,  
V. DELAHAYE-GUILLOCHEAU*

*Le directeur de la sécurité sociale,  
T. FATOME*

## ADMINISTRATION

### ADMINISTRATION CENTRALE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

#### **Convention de délégation de gestion du 3 juillet 2015 entre la direction des finances, des achats et des services et la mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 « conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative »**

NOR : AFSG1530474X

La présente convention est établie entre :

Le délégant : direction des finances, des achats et des services,  
Représentée par Mme la directrice des finances, des achats et des services,  
D'une part,

Et :

Le délégataire : mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale,  
Représentée par M. le directeur de la sécurité sociale.

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

#### Article 1<sup>er</sup>

##### *Objet de la convention*

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

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

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

#### Article 2

##### *Désignation des agents autorisés à engager des dépenses*

Par une décision, le délégataire désigne les agents de sa structure habilités à engager des dépenses dans le cadre de la présente convention.

Il communique cette décision au délégant, ainsi qu'au contrôleur budgétaire et comptable ministériel.

#### Article 3

##### *Conformité des dépenses au code des marchés publics*

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

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

#### Article 4

##### *Prise en charge des dépenses*

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

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

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

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

#### Article 5

##### *Durée de la convention*

La présente convention est conclue pour une durée d'une année, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, renouvelable par tacite reconduction.

#### Article 6

##### *Modification et dénonciation de la convention*

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

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

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

La présente convention sera publiée au *Bulletin officiel* de chaque département ministériel concerné, conformément à l'article 2 du décret n° 2004-1085 du 14 octobre 2004.

Fait le 3 juillet 2015.

*La directrice des finances,  
des achats et des services,  
V. DELAHAYE-GUILLOCHEAU*

*Le directeur de la sécurité sociale,  
T. FATOME*

## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

#### **Arrêté du 24 juin 2015 prorogeant le mandat de membres du conseil d'administration de l'Institut national des jeunes aveugles de Paris**

NOR : AFSA1530465A

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Vu le décret n° 74-355 du 26 avril 1974 relatif à l'organisation et au régime administratif et financier des instituts nationaux de jeunes sourds et de l'institut national de jeunes aveugles, notamment ses articles 4 et 12;

Vu l'arrêté du 7 juin 2012 modifié portant renouvellement des membres nommés du conseil d'administration de l'Institut national des jeunes aveugles de Paris,

Arrête :

#### Article 1<sup>er</sup>

Le mandat des membres nommés du conseil d'administration de l'Institut national des jeunes aveugles de Paris est prorogé de trois mois.

#### Article 2

Le présent arrêté sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 24 juin 2015.

Pour la ministre et par délégation :  
*Le directeur général de la cohésion sociale,*  
J.-P. VINQUANT

## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

#### **Arrêté du 29 juin 2015 portant nomination à l'Observatoire des risques médicaux institué à l'article L. 1142-29 du code de la santé publique**

NOR : AFSS1530468A

Le ministre des finances et des comptes publics, la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et le secrétaire d'État au budget auprès du ministre des finances et des comptes publics,

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1142-29, D. 1142-64 et D. 1142-65;

Vu l'arrêté du 14 janvier 2014 portant nomination à l'Observatoire des risques médicaux;

Vu la proposition de la Fédération de l'hospitalisation privée en date du 16 février 2015,

Arrêtent:

#### Article 1<sup>er</sup>

Est nommé en tant que membre de l'Observatoire des risques médicaux institué à l'article L. 1142-29 du code de la santé publique, pour la durée du mandat restant à courir, au titre des établissements de santé privés proposés par les organisations d'hospitalisation privée représentatives au plan national:

M. Philippe HERAN, représentant les établissements de santé privés proposés par les organisations d'hospitalisation privée représentatives au plan national, membre titulaire, en remplacement de M. Vincent VESSELLE.

#### Article 2

Le directeur général de la santé, le directeur de la sécurité sociale et le directeur général du Trésor sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 29 juin 2015.

Pour la ministre des affaires sociales, de la santé  
et des droits des femmes et par délégation :

*Le directeur de la sécurité sociale,*  
T. FATOME

*Le directeur général de la santé,*  
Pr B.VALLET

Pour le ministre des finances  
et des comptes publics et par délégation :

*Le directeur général du Trésor,*  
B. BEZARD

Pour le secrétaire d'État au budget  
auprès du ministre des finances  
et des comptes publics :

*Le directeur de la sécurité sociale,*  
T. FATOME



## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

HAS  
Haute Autorité de santé

**Décision n° 2015-0011 DP/SG du 15 juin 2015 du président de la Haute Autorité de santé  
portant délégation de signature au chef du service budget et finances**

NOR : HASX1530458S

Le président de la Haute Autorité de santé,

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

Vu la décision n° 2009.03.007/DAGRI du collège de la Haute Autorité de santé en date du 18 mars 2009 relative à la détermination des conditions générales de passation des contrats, conventions et marchés ;

Vu le décret du Président de la République du 31 janvier 2011 portant nomination du président et de membres du collège de la Haute Autorité de santé,

Décide :

#### Article 1<sup>er</sup>

Délégation permanente est donnée à M. Samir El Baz, chef du service budget et finances, pour signer en mon nom et dans la limite de ses attributions tout acte relatif au fonctionnement et aux activités de son service, dans la limite d'un montant maximum de 19 999 € hors taxes par engagement.

#### Article 2

La présente décision prend effet le 15 juin 2015 et sera publiée au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

Fait le 15 juin 2015.

*Le président,*  
PR J.-L. HAROUSSEAU

## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

INCa  
Institut national du cancer

#### **Décision en date du 26 juin 2015 portant renouvellement de la reconnaissance du réseau régional de cancérologie des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse – ONCOPACACorse**

NOR : AFSX1530477S

La présidente de l'Institut national du cancer,

Vu les articles L. 1415-2 (5°) et D. 1415-1-8 du code de la santé publique;

Vu la circulaire DHOS/SDO n° 2005-101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie;

Vu la circulaire DHOS/CNAMTS/INCA n° 2007-357 du 25 septembre 2007 relative aux réseaux régionaux de cancérologie;

Vu la procédure générique d'identification par l'Institut national du cancer d'organisations œuvrant dans le domaine du cancer, approuvée par son conseil d'administration en date du 16 octobre 2009;

Vu l'appel à candidatures dans le cadre de la « procédure de reconnaissance des réseaux régionaux de cancérologie » publié sur le site Internet de l'Institut national du cancer (INCa);

Vu les modalités de renouvellement de la reconnaissance des réseaux régionaux de cancérologie publiée sur le site Internet de l'INCa;

Vu la demande de reconnaissance du réseau régional de cancérologie intitulé ONCOPACACorse, association loi 1901, dont le siège social est situé hôpitaux Sud, 270, boulevard Sainte-Marguerite, 13009 Marseille;

Vu l'évaluation concertée du pôle santé publique et soins de l'INCa et de l'agence régionale de santé (ARS) du Centre,

Décide:

#### Article 1<sup>er</sup>

##### *Renouvellement de la reconnaissance*

Compte tenu du niveau de réalisation des missions jugé satisfaisant à l'issue de la période de reconnaissance initiale, le réseau régional de cancérologie ONCOPACACorse bénéficie d'un renouvellement de reconnaissance par l'INCa.

#### Article 2

##### *Durée*

La reconnaissance est renouvelée pour une durée courant à compter de la notification de la présente décision et expirant le 31 décembre 2015.

#### Article 3

##### *Publication de la décision*

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

Fait le 26 juin 2015, en deux exemplaires.

*La présidente,*  
A. BUZYN

## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

ANSM

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

#### **Décision DG n° 2015-223 du 30 juin 2015 portant habilitation d'inspecteurs de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé**

NOR : AFSM1530469S

Le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé,  
Vu le code de la santé publique, et notamment la cinquième partie, livre III (partie législative) et livres III et IV (partie réglementaire) ;

Vu la décision DG n° 99-58 du 18 août 1999 modifiée portant désignation d'inspecteurs de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ;

Vu la décision DG n° 2011-181 du 22 juillet 2011 portant désignation d'un inspecteur de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ;

Vu la décision DG n° 2013-195 du 4 juillet 2013 portant désignation d'inspecteurs de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;

Vu la décision DG n° 2013-206 du 12 juillet 2013 portant désignation d'inspecteurs de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;

Vu la décision DG n° 2013-298 du 15 juillet 2013 portant désignation d'un inspecteur de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;

Vu la décision DG n° 2013-289 du 17 juillet 2013 portant désignation d'inspecteurs de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé,

Décide :

#### Article 1<sup>er</sup>

En application des articles L. 5313-1 à L. 5313-3 et R. 5412-1 du code de la santé publique, sont habilités à la recherche et à la constatation d'infractions pénales les inspecteurs de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dont les noms suivent :

M. Pascal MEGESSIER, ingénieur d'exploitation des systèmes de production contractuel, à compter du 4 juillet 2015.

Mme Natacha BERNARD, docteur en hématologie cellulaire et moléculaire contractuel, à compter du 4 juillet 2015.

Mme Thu KOSKAS, pharmacien, docteur en biochimie contractuel, à compter du 12 juillet 2015.

M. Jérôme HOLZ, docteur en pharmacie contractuel, à compter du 12 juillet 2015.

M. Christophe TERRIER, docteur en pharmacie contractuel, à compter du 15 juillet 2015.

M. Guillaume GOUSSAIN, ingénieur microbiologiste contractuel, à compter du 17 juillet 2015.

Mme Laure ROY-CORNEC, ingénieur contractuel, à compter du 17 juillet 2015.

M. Régis ANDRE, ingénieur chimiste et physicien contractuel, à compter du 22 juillet 2015.

Mme Dominique ABOUTH, docteur en immunologie contractuel, à compter du 1<sup>er</sup> août 2015.

#### Article 2

Le directeur de l'inspection est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

Fait le 30 juin 2015.

*La directrice générale adjointe,*  
B. GUÉNEAU-CASTILLA

## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

CNAF  
Caisse nationale des allocations familiales

#### Décision du 30 juin 2015 portant mission nationale

NOR : AFSX1530478S

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,  
Vu les articles L. 216-2-1, L. 223-1 et suivants, L. 224-1 et suivants, R. 223-1, R. 224-1 et suivants du code de la sécurité sociale ;  
Vu le décret du 5 septembre 2013 portant nomination de M. Daniel Lenoir en qualité de directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) ;  
Vu la décision portant règlement d'organisation de la CNAF en date du 22 juin 2015 ;  
Vu la convention d'objectifs et de gestion 2013-2017 signée entre l'État et la CNAF et approuvée par le conseil d'administration de la CNAF lors de sa réunion du 9 juillet 2013 ;  
Considérant que la convention d'objectifs et de gestion prévoit que la branche famille mette en place des schémas régionaux de mutualisation établis par les organismes et validés par la CNAF et comportant le champ de mutualisation de la gestion de l'ASF (R),

Décide :

#### Article 1<sup>er</sup>

La gestion des demandes d'allocations de soutien familial, dès lors qu'une décision statuant sur l'obligation alimentaire est présente au dossier, est confiée aux organismes dénommés « CAF pivots » figurant à l'article 3, dans le cadre du service régional mutualisé de l'ASF.

Les modalités de mise en œuvre de cette mission sont fixées par convention établie entre la Caisse nationale des allocations familiales et les CAF pivots.

#### Article 2

Le périmètre de la mission confiée aux CAF pivots concerne la gestion des demandes d'ASF dès lors qu'une décision ayant statué sur l'obligation alimentaire est présente au dossier. Les missions imparties aux CAF pivots se terminent lorsque le recouvrement des arriérés de pension alimentaire a été effectué et que le paiement du terme courant est avéré ou lorsque le recouvrement est juridiquement impossible. Le périmètre concerne également la gestion des débiteurs hors d'état.

#### Article 3

Les CAF pivots sont les suivantes : CAF du Haut-Rhin, CAF de la Gironde, CAF de Saône-et-Loire, CAF du Morbihan, CAF d'Indre-et-Loire, CAF du Loiret, CAF du Territoire de Belfort, CAF de Seine-et-Marne, CAF des Yvelines, CAF de l'Hérault, CAF de Meurthe-et-Moselle, CAF de la Haute-Garonne, CAF du Nord, CAF du Pas-de-Calais, CAF de l'Aisne, CAF de la Seine-Maritime, CAF des Alpes-Maritimes, CAF de la Loire-Atlantique, CAF de la Charente, CAF du Puy-de-Dôme, CAF de l'Ain et CAF du Rhône.

#### Article 4

La mission de gestion de l'ASF est limitée pour chaque CAF pivot aux organismes tels que définis en annexe.

#### Article 5

Le directeur du réseau (DR) de la Caisse nationale des allocations familiales et les directeurs des CAF concernées sont chargés de l'exécution de la présente décision.

Article 6

La présente décision sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité ainsi que sur le site Internet [www.caf.fr](http://www.caf.fr) (rubrique « Qui sommes-nous?/Référence »).

Fait le 30 juin 2015.

*Le directeur général,*  
D. LENOIR

ANNEXE

*Pivot CAF du Haut-Rhin*

- 67 - CAF du Bas-Rhin
- 68 - CAF du Haut-Rhin

*Pivot CAF de la Gironde*

- 24 - CAF de la Dordogne
- 33 - CAF de la Gironde
- 40 - CAF des Landes
- 47 - CAF de Lot-et-Garonne
- 64 - CAF de Béarn et Soule
- 64 - CAF du Pays basque et du Seignanx
- 65 - CAF des Hautes-Pyrénées

*Pivot CAF de Saône-et-Loire*

- 10 - CAF de l'Aube
- 21 - CAF de la Côte-d'Or
- 39 - CAF du Jura
- 52 - CAF de la Haute-Marne
- 58 - CAF de la Nièvre
- 71 - CAF de Saône-et-Loire
- 89 - CAF de l'Yonne

*Pivot CAF du Morbihan*

- 22 - CAF des Côtes-d'Armor
- 29 - CAF du Finistère
- 35 - CAF d'Ille-et-Vilaine
- 56 - CAF du Morbihan

*Pivot CAF d'Indre-et-Loire*

- 18 - CAF du Cher
- 28 - CAF d'Eure-et-Loir
- 36 - CAF de l'Indre
- 37 - CAF d'Indre-et-Loire

*Pivot CAF du Loiret*

- 41 - CAF de Loir-et-Cher
- 45 - CAF du Loiret

*Pivot CAF du Territoire de Belfort*

- 25 - CAF du Doubs
- 70 - CAF de la Haute-Saône
- 90 - CAF du Territoire de Belfort

*Pivot CAF de Seine-et-Marne*

- 77 - CAF de Seine-et-Marne
- 75 - CAF de Paris
- 91 - CAF de l'Essonne
- 94 - CAF du Val-de-Marne

*Pivot CAF des Yvelines*

- 78 - CAF des Yvelines

92 - CAF des Hauts-de-Seine  
93 - CAF de la Seine-Saint-Denis  
95 - CAF du Val-d'Oise

*Pivot CAF de l'Hérault*

11 - CAF de l'Aude  
30 - CAF du Gard  
34 - CAF de l'Hérault  
48 - CCSS de la Lozère  
66 - CAF des Pyrénées-Orientales

*Pivot CAF de Meurthe-et-Moselle*

54 - CAF de Meurthe-et-Moselle  
55 - CAF de la Meuse  
57 - CAF de la Moselle  
88 - CAF des Vosges

*Pivot CAF de la Haute-Garonne*

09 - CAF de l'Ariège  
12 - CAF de l'Aveyron  
31 - CAF de la Haute-Garonne  
32 - CAF du Gers  
46 - CAF du Lot  
81 - CAF du Tarn  
82 - CAF de Tarn-et-Garonne  
65 - CAF des Hautes-Pyrénées

*Pivot CAF du Nord*

08 - CAF des Ardennes  
59 - CAF du Nord

*Pivot CAF du Pas-de-Calais*

51 - CAF de la Marne  
62 - CAF du Pas-de-Calais

*Pivot CAF de l'Aisne*

02 - CAF de l'Aisne  
60 - CAF de l'Oise  
80 - CAF de la Somme

*Pivot CAF de la Seine-Maritime*

14 - CAF du Calvados  
27 - CAF de l'Eure  
50 - CAF de la Manche  
61 - CAF de l'Orne  
76 - CAF de la Seine-Maritime

*Pivot CAF des Alpes-Maritimes*

04 - CAF des Alpes-de-Haute-Provence  
05 - CAF des Hautes-Alpes  
06 - CAF des Alpes-Maritimes  
13 - CAF des Bouches-du-Rhône  
2A - CAF de la Corse-du-Sud  
2B - CAF de la Haute-Corse

83 - CAF du Var  
84 - CAF de Vaucluse

*Pivot CAF de la Loire-Atlantique*

44 - CAF de la Loire-Atlantique  
49 - CAF de Maine-et-Loire  
53 - CAF de la Mayenne  
72 - CAF de la Sarthe  
85 - CAF de la Vendée

*Pivot CAF de la Charente*

16 - CAF de la Charente  
17 - CAF de la Charente-Maritime  
19 - CAF de la Corrèze  
23 - CAF de la Creuse  
79 - CAF des Deux-Sèvres  
86 - CAF de la Vienne  
87 - CAF de la Haute-Vienne  
CmAF

*Pivot CAF du Puy-de-Dôme*

03 - CAF de l'Allier  
15 - CAF du Cantal  
42 - CAF de la Loire  
43 - CAF de la Haute-Loire  
63 - CAF du Puy-de-Dôme

*Pivot CAF de l'Ain*

01 - CAF de l'Ain  
07 - CAF de l'Ardèche  
26 - CAF de la Drôme  
73 - CAF de la Savoie  
74 - CAF de la Haute-Savoie

*Pivot CAF du Rhône*

38 - CAF de l'Isère  
69 - CAF du Rhône



## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

CNAF  
Caisse nationale des allocations familiales

#### Décision du 30 juin 2015 portant mission nationale

NOR : AFSX1530480S

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,

Vu les articles L. 216-2-1, L. 223-1 et suivants, L. 224-1 et suivants, R. 223-1, R. 224-1 et suivants du code de la sécurité sociale ;

Vu le décret du 5 septembre 2013 portant nomination de M. Daniel Lenoir en qualité de directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) ;

Vu la décision portant règlement d'organisation de la CNAF en date du 22 juin 2015 ;

Vu la convention d'objectifs et de gestion 2013-2017 signée entre l'État et la CNAF et approuvée par le conseil d'administration de la CNAF lors de sa réunion du 9 juillet 2013 ;

Considérant que la convention d'objectifs et de gestion prévoit que la branche famille mette en place des schémas régionaux de mutualisation établis par les organismes et validés par la CNAF et comportant le champ de mutualisation de la gestion de l'AVPF,

Décide :

##### Article 1<sup>er</sup>

La gestion des demandes d'allocations vieillesse du parent au foyer est confiée aux organismes dénommés « CAF pivots » figurant à l'article 3, dans le cadre du service régional mutualisé de l'AVPF ;

Les modalités de mise en œuvre de cette mission sont fixées par convention établie entre la Caisse nationale des allocations familiales et les CAF pivots.

##### Article 2

Le périmètre de la mission confiée aux CAF pivots concerne la gestion des demandes et des régularisations de droits relatives à l'AVPF de la réception des pièces, au traitement des demandes et des requêtes de rattrapage des comptes à reprendre, jusqu'à la vérification comptable.

##### Article 3

Les CAF pivots sont les suivantes : CAF du Bas-Rhin, CAF de la Gironde, CAF du Jura, CAF d'Ille-et-Vilaine, CAF d'Eure-et-Loir, CAF de l'Essonne, CAF des Pyrénées-Orientales, CAF de la Meuse, CAF du Gers, CAF de la Somme, CAF de la Manche, CAF des Bouches-du-Rhône, CAF de la Mayenne, CAF de la Haute-Vienne, CAF de l'Allier et CAF de la Loire.

##### Article 4

La mission de gestion de l'AVPF est limitée pour chaque CAF pivot aux organismes tels que définis en annexe.

##### Article 5

Le directeur du réseau (DR) de la Caisse nationale des allocations familiales et les directeurs des CAF concernées sont chargés de l'exécution de la présente décision.

##### Article 6

La présente décision sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité ainsi que sur le site Internet [www.caf.fr](http://www.caf.fr) (rubrique « Qui sommes-nous ?/Référence »).

Fait le 30 juin 2015.

*Le directeur général,*  
D. LENOIR

ANNEXE

*Pivot CAF du Bas-Rhin*

- 57 - CAF de la Moselle
- 67 - CAF du Bas-Rhin
- 68 - CAF du Haut-Rhin

*Pivot CAF de la Gironde*

- 24 - CAF de Dordogne
- 33 - CAF de la Gironde
- 40 - CAF des Landes
- 47 - CAF de Lot-et-Garonne
- 64 - CAF de Béarn et Soule
- 64 - CAF du Pays basque et du Seignanx
- 65 - CAF des Hautes-Pyrénées

*Pivot CAF du Jura*

- 21 - CAF de la Côte-d'Or
- 25 - CAF du Doubs
- 39 - CAF du Jura
- 58 - CAF de la Nièvre
- 71 - CAF de Saône-et-Loire
- 70 - CAF de la Haute-Saône
- 89 - CAF de l'Yonne
- 90 - CAF du Territoire de Belfort

*Pivot CAF d'Ille-et-Vilaine*

- 22 - CAF des Côtes-d'Armor
- 29 - CAF du Finistère
- 35 - CAF d'Ille-et-Vilaine
- 56 - CAF du Morbihan

*Pivot CAF d'Eure-et-Loir*

- 18 - CAF du Cher
- 28 - CAF d'Eure-et-Loir
- 36 - CAF de l'Indre
- 37 - CAF d'Indre-et-Loire
- 41 - CAF de Loir-et-Cher
- 45 - CAF du Loiret

*Pivot CAF de l'Essonne*

- 75 - CAF de Paris
- 77 - CAF de Seine-et-Marne
- 78 - CAF des Yvelines
- 91 - CAF de l'Essonne
- 94 - CAF du Val-de-Marne
- 92 - CAF des Hauts-de-Seine
- 93 - CAF de la Seine-Saint-Denis
- 95 - CAF du Val-d'Oise

*Pivot CAF des Pyrénées-Orientales*

- 11 - CAF de l'Aude
- 30 - CAF du Gard
- 34 - CAF de l'Hérault
- 48 - CCSS de la Lozère
- 66 - CAF des Pyrénées-Orientales

*Pivot CAF de la Meuse*

- 08 - CAF des Ardennes
- 10 - CAF de l'Aube
- 51 - CAF de la Marne
- 52 - CAF de la Haute-Marne
- 54 - CAF de Meurthe-et-Moselle
- 55 - CAF de la Meuse
- 88 - CAF des Vosges

*Pivot CAF du Gers*

- 09 - CAF de l'Ariège
- 12 - CAF de l'Aveyron
- 31 - CAF de la Haute-Garonne
- 32 - CAF du Gers
- 46 - CAF du Lot
- 81 - CAF du Tarn
- 82 - CAF de Tarn-et-Garonne
- 65 - CAF des Hautes-Pyrénées

*Pivot CAF de la Somme*

- 02 - CAF de l'Aisne
- 59 - CAF du Nord
- 60 - CAF de l'Oise
- 62 - CAF du Pas-de-Calais
- 80 - CAF de la Somme

*Pivot CAF de la Manche*

- 14 - CAF du Calvados
- 27 - CAF de l'Eure
- 50 - CAF de la Manche
- 61 - CAF de l'Orne
- 76 - CAF de la Seine-Maritime

*Pivot CAF des Bouches-du-Rhône*

- 04 - CAF des Alpes-de-Haute-Provence
- 05 - CAF des Hautes-Alpes
- 06 - CAF des Alpes-Maritimes
- 13 - CAF des Bouches-du-Rhône
- 2A - CAF de la Corse-du-Sud
- 2B - CAF de la Haute-Corse
- 83 - CAF du Var
- 84 - CAF de Vaucluse

*Pivot CAF de la Mayenne*

- 44 - CAF de la Loire-Atlantique
- 49 - CAF de Maine-et-Loire

53 - CAF de la Mayenne  
72 - CAF de la Sarthe  
85 - CAF de la Vendée

*Pivot CAF de la Haute-Vienne*

16 - CAF de la Charente  
17 - CAF de la Charente-Maritime  
19 - CAF de la Corrèze  
23 - CAF de la Creuse  
79 - CAF des Deux-Sèvres  
86 - CAF de la Vienne  
87 - CAF de la Haute-Vienne  
CMAF

*Pivot CAF de l'Allier*

03 - CAF de l'Allier  
15 - CAF du Cantal  
43 - CAF de la Haute-Loire  
63 - CAF du Puy-de-Dôme

*Pivot CAF de la Loire*

01 - CAF de l'Ain  
07 - CAF de l'Ardèche  
26 - CAF de la Drôme  
38 - CAF de l'Isère  
42 - CAF de la Loire  
69 - CAF du Rhône  
73 - CAF de la Savoie  
74 - CAF de la Haute-Savoie

## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

CNAF  
Caisse nationale des allocations familiales

#### Décision du 30 juin 2015 portant mission nationale

NOR : AFSX1530481S

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,

Vu les articles L. 216-2-1, L. 223-1 et suivants, L. 224-1 et suivants, R. 223-1, R. 224-1 et suivants du code de la sécurité sociale;

Vu le décret du 5 septembre 2013 portant nomination de M. Daniel Lenoir en qualité de directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF);

Vu la décision portant règlement d'organisation de la CNAF en date du 22 juin 2015;

Vu la convention d'objectifs et de gestion 2013-2017 signée entre l'État et la CNAF et approuvée par le conseil d'administration de la CNAF lors de sa réunion du 9 juillet 2013;

Considérant que la convention d'objectifs et de gestion prévoit que la branche famille mette en place des schémas régionaux de mutualisation établis par les organismes et validés par la CNAF et comportant le champ de mutualisation de la numérisation des dossiers allocataires,

Décide:

#### Article 1<sup>er</sup>

La gestion de la numérisation des dossiers allocataires est confiée aux organismes dénommés « CAF pivots » figurant à l'article 3, dans le cadre du service régional mutualisé de la numérisation.

Les modalités de mise en œuvre de cette mission sont fixées par convention établie entre la Caisse nationale des allocations familiales et les CAF pivots.

#### Article 2

Le périmètre de la mission confiée aux CAF pivots concerne la gestion de l'acquisition numérique des flux écrits entrants quotidiens relatifs à la gestion des dossiers des allocataires. La mission débute à la réception d'un flux papier ou électronique et s'achève par l'intégration d'une image de qualité et exploitable dans le suivi des pièces.

#### Article 3

Les CAF pivots sont les suivantes: CAF du Bas-Rhin, CAF de la Dordogne, CAF de l'Yonne, CAF du Finistère, CAF du Cher, CAF du Doubs, CAF de la Seine-Saint-Denis, CAF de Paris, CAF de l'Hérault, CAF de Meurthe-et-Moselle, CAF de la Haute-Garonne, CAF du Nord, CAF du Pas-de-Calais, CAF de l'Oise, CAF de l'Eure, CAF du Calvados, CAF des Alpes-Maritimes, CAF de Vaucluse, CAF de la Loire-Atlantique, CAF de la Sarthe, CAF de la Vienne, CAF de la Drôme, CAF de l'Ain et CAF du Rhône.

#### Article 4

La mission de gestion de l'acquisition numérique des flux entrants est limitée pour chaque CAF pivot aux organismes tels que définis en annexe.

#### Article 5

Le directeur du réseau (DR) de la Caisse nationale des allocations familiales et les directeurs des CAF concernées sont chargés de l'exécution de la présente décision.

Article 6

La présente décision sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité ainsi que sur le site Internet [www.caf.fr](http://www.caf.fr) (rubrique « Qui sommes-nous?/Référence »).

Fait le 30 juin 2015.

*Le directeur général,*  
D. LENOIR

ANNEXE

*Pivot CAF du Bas-Rhin*

- 67 - CAF du Bas-Rhin
- 68 - CAF du Haut-Rhin

*Pivot CAF de la Dordogne*

- 24 - CAF de la Dordogne
- 33 - CAF de la Gironde
- 40 - CAF des Landes
- 47 - CAF de Lot-et-Garonne
- 64 - CAF de Béarn et Soule
- 64 - CAF du Pays basque et du Seignanx

*Pivot CAF de l'Yonne*

- 10 - CAF de l'Aube
- 21 - CAF de la Côte-d'Or
- 52 - CAF de la Haute-Marne
- 58 - CAF de la Nièvre
- 71 - CAF de Saône-et-Loire
- 89 - CAF de l'Yonne

*Pivot CAF du Finistère*

- 22 - CAF des Côtes-d'Armor
- 29 - CAF du Finistère
- 35 - CAF d'Ille-et-Vilaine
- 56 - CAF du Morbihan

*Pivot CAF du Cher*

- 18 - CAF du Cher
- 28 - CAF d'Eure-et-Loir
- 36 - CAF de l'Indre
- 41 - CAF de Loir-et-Cher
- 45 - CAF du Loiret

*Pivot CAF du Doubs*

- 25 - CAF du Doubs
- 39 - CAF du Jura
- 70 - CAF de la Haute-Saône
- 90 - CAF du Territoire de Belfort

*Pivot CAF de Paris*

- 77 - CAF de Seine-et-Marne
- 75 - CAF de Paris
- 91 - CAF de l'Essonne
- 94 - CAF du Val-de-Marne

*Pivot CAF de la Seine-Saint-Denis*

- 78 - CAF des Yvelines
- 92 - CAF des Hauts-de-Seine
- 93 - CAF de la Seine-Saint-Denis
- 95 - CAF du Val-d'Oise

*Pivot CAF de l'Hérault*

- 11 - CAF de l'Aude
- 30 - CAF du Gard
- 34 - CAF de l'Hérault
- 66 - CAF des Pyrénées-Orientales

*Pivot CAF de Meurthe-et-Moselle*

- 54 - CAF de Meurthe-et-Moselle
- 55 - CAF de la Meuse
- 57 - CAF de la Moselle
- 88 - CAF des Vosges

*Pivot CAF de la Haute-Garonne*

- 09 - CAF de l'Ariège
- 12 - CAF de l'Aveyron
- 31 - CAF de la Haute-Garonne
- 32 - CAF du Gers
- 46 - CAF du Lot
- 81 - CAF du Tarn
- 82 - CAF de Tarn-et-Garonne
- 65 - CAF des Hautes-Pyrénées

*Pivot CAF du Pas-de-Calais*

- 08 - CAF des Ardennes
- 51 - CAF de la Marne
- 62 - CAF du Pas-de-Calais

*Pivot CAF de l'Oise*

- 02 - CAF de l'Aisne
- 60 - CAF de l'Oise
- 80 - CAF de la Somme

*Pivot CAF de l'Eure*

- 27 - CAF de l'Eure
- 76 - CAF de la Seine-Maritime

*Pivot CAF du Calvados*

- 14 - CAF du Calvados
- 50 - CAF de la Manche
- 61 - CAF de l'Orne



*Pivot CAF des Alpes-Maritimes*

04 - CAF des Alpes-de-Haute-Provence  
05 - CAF des Hautes-Alpes  
06 - CAF des Alpes-Maritimes  
2A - CAF de la Corse-du-Sud  
2B - CAF de la Haute-Corse  
83 - CAF du Var

*Pivot CAF de Vaucluse*

84 - CAF de Vaucluse  
13 - CAF des Bouches-du-Rhône

*Pivot CAF de la Loire-Atlantique*

44 - CAF de la Loire-Atlantique  
85 - CAF de la Vendée

*Pivot CAF de la Sarthe*

49 - CAF de Maine-et-Loire  
53 - CAF de la Mayenne  
72 - CAF de la Sarthe  
37 - CAF d'Indre-et-Loire

*Pivot CAF de la Vienne*

16 - CAF de la Charente  
17 - CAF de la Charente-Maritime  
19 - CAF de la Corrèze  
23 - CAF de la Creuse  
79 - CAF des Deux-Sèvres  
86 - CAF de la Vienne  
87 - CAF de la Haute-Vienne  
CMAF

*Pivot CAF de la Drôme*

03 - CAF de l'Allier  
15 - CAF du Cantal  
26 - CAF de la Drôme  
43 - CAF de la Haute-Loire  
63 - CAF du Puy-de-Dôme

*Pivot CAF de l'Ain*

01 - CAF de l'Ain  
38 - CAF de l'Isère  
73 - CAF de la Savoie  
74 - CAF de la Haute-Savoie

*Pivot CAF du Rhône*

07 - CAF de l'Ardèche  
42 - CAF de la Loire  
69 - CAF du Rhône

## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

CNAF  
Caisse nationale des allocations familiales

#### Décision du 30 juin 2015 portant mission nationale

NOR : AFSX1530482S

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,  
Vu les articles L.216-2-1, L.223-1 et suivants, L.224-1 et suivants, R.223-1, R.224-1 et suivants du code de la sécurité sociale;  
Vu le décret du 5 septembre 2013 portant nomination de M. Daniel Lenoir en qualité de directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF);  
Vu la décision portant règlement d'organisation de la CNAF en date du 22 juin 2015;  
Vu la convention d'objectifs et de gestion 2013-2017 signée entre l'État et la CNAF et approuvée par le conseil d'administration de la CNAF lors de sa réunion du 9 juillet 2013;  
Considérant que la convention d'objectifs et de gestion prévoit que la branche famille mette en place des schémas régionaux de mutualisation établis par les organismes et validés par la CNAF et comportant le champ de mutualisation des plateformes de services téléphoniques,

Décide:

#### Article 1<sup>er</sup>

La gestion des plateformes de services téléphoniques est confiée aux organismes dénommés « CAF pivots » figurant à l'article 3, dans le cadre du service régional mutualisé de la numérisation. Les modalités de mise en œuvre de cette mission sont fixées par convention établie entre la Caisse nationale des allocations familiales et les CAF pivots.

#### Article 2

Les missions imparties aux CAF pivots concernent le pilotage de la plateforme de services, à savoir la gestion des demandes d'informations générales et personnalisées de premier niveau pour les appels téléphonique et les courriels.

#### Article 3

Les CAF pivots sont les suivantes: CAF du-Bas-Rhin, CAF des Landes, CAF de Saône-et-Loire, CAF des Côtes-d'Armor, CAF du Loiret, CAF du Doubs, CAF du Val-de-Marne, CAF du Val-d'Oise, CAF de l'Aude, CAF des Vosges, CAF des Hautes-Pyrénées, CAF de la Somme, CAF du Pas-de-Calais, CAF de l'Aisne, CAF du Calvados, CAF du Var, CAF de Maine-et-Loire, CAF de la Charente-Maritime, CAF de la Haute-Loire, CAF de la Haute-Savoie et CAF de l'Allier.

#### Article 4

La mission de pilotage des plateformes de services est limitée pour chaque CAF pivot aux organismes tels que définis en annexe.

#### Article 5

Le directeur du réseau (DR) de la Caisse nationale des allocations familiales et les directeurs des CAF concernées sont chargés de l'exécution de la présente décision.

#### Article 6

La présente décision sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité, ainsi que sur le site internet [www.caf.fr](http://www.caf.fr) (rubrique « Qui sommes-nous ?/Référence »).

Fait le 30 juin 2015.

Le directeur général,  
D. LENOIR

ANNEXE

*Pivot CAF du Bas-Rhin*

- 67 - CAF du Bas-Rhin
- 68 - CAF du Haut-Rhin

*Pivot CAF des Landes*

- 24 - CAF de la Dordogne
- 33 - CAF de la Gironde
- 40 - CAF des Landes
- 47 - CAF de Lot-et-Garonne
- 64 - CAF de Béarn et Soule
- 64 - CAF du Pays basque et du Seignanx

*Pivot CAF de Saône-et-Loire*

- 10 - CAF de l'Aube
- 21 - CAF de la Côte-d'Or
- 52 - CAF de la Haute-Marne
- 58 - CAF de la Nièvre
- 71 - CAF de Saône-et-Loire
- 89 - CAF de l'Yonne

*Pivot CAF des Côtes-d'Armor*

- 22 - CAF des Côtes-d'Armor
- 29 - CAF du Finistère
- 35 - CAF d'Ille-et-Vilaine
- 56 - CAF du Morbihan

*Pivot CAF du Loiret*

- 18 - CAF du Cher
- 28 - CAF d'Eure-et-Loir
- 36 - CAF de l'Indre
- 37 - CAF d'Indre-et-Loire
- 41 - CAF de Loir-et-Cher
- 45 - CAF du Loiret

*Pivot CAF du Doubs*

- 25 - CAF du Doubs
- 39 - CAF du Jura
- 70 - CAF de la Haute-Saône
- 90 - CAF du Territoire de Belfort

*Pivot CAF du Val-de-Marne*

- 75 - CAF de Paris
- 78 - CAF des Yvelines
- 92 - CAF des Hauts-de-Seine
- 94 - CAF du Val-de-Marne

*Pivot CAF du Val-d'Oise*

- 77 - CAF de Seine-et-Marne
- 91 - CAF de l'Essonne

93 - CAF de la Seine-Saint-Denis  
95 - CAF du Val-d'Oise

*Pivot CAF de l'Aude*

11 - CAF de l'Aude  
30 - CAF du Gard  
34 - CAF de l'Hérault  
66 - CAF des Pyrénées-Orientales

*Pivot CAF des Vosges*

54 - CAF de Meurthe-et-Moselle  
55 - CAF de la Meuse  
57 - CAF de la Moselle  
88 - CAF des Vosges

*Pivot CAF des Hautes-Pyrénées*

09 - CAF de l'Ariège  
12 - CAF de l'Aveyron  
31 - CAF de la Haute-Garonne  
32 - CAF du Gers  
46 - CAF du Lot  
81 - CAF du Tarn  
82 - CAF de Tarn-et-Garonne  
65 - CAF des Hautes-Pyrénées

*Pivot CAF du Pas-de-Calais*

62 - CAF du Pas-de-Calais  
59 - CAF du Nord

*Pivot CAF de la Somme*

60 - CAF de l'Oise  
80 - CAF de la Somme

*Pivot CAF de l'Aisne*

02 - CAF de l'Aisne  
08 - CAF des Ardennes  
51 - CAF de la Marne

*Pivot CAF du Calvados*

14 - CAF du Calvados  
27 - CAF de l'Eure  
50 - CAF de la Manche  
61 - CAF de l'Orne  
76 - CAF de la Seine-Maritime

*Pivot CAF du Var*

2A - CAF de la Corse-du-Sud  
2B - CAF de la Haute-Corse  
04 - CAF des Alpes-de-Haute-Provence  
05 - CAF des Hautes-Alpes  
06 - CAF des Alpes-Maritimes  
13 - CAF des Bouches-du-Rhône

83 - CAF du Var  
84 - CAF de Vaucluse

*Pivot CAF de Maine-et-Loire*

44 - CAF de la Loire-Atlantique  
49 - CAF de Maine-et-Loire  
53 - CAF de la Mayenne  
72 - CAF de la Sarthe  
85 - CAF de la Vendée

*Pivot CAF de la Charente-Maritime*

16 - CAF de la Charente  
17 - CAF de la Charente-Maritime  
19 - CAF de la Corrèze  
23 - CAF de la Creuse  
79 - CAF des Deux-Sèvres  
86 - CAF de la Vienne  
87 - CAF de la Haute-Vienne  
CMAF

*Pivot CAF de la Haute-Savoie*

07 - CAF de l'Ardèche  
01 - CAF de l'Ain  
26 - CAF de la Drôme  
38 - CAF de l'Isère  
74 - CAF de la Haute-Savoie

*Pivot CAF de la Haute-Loire*

15 - CAF du Cantal  
42 - CAF de la Loire  
43 - CAF de la Haute-Loire  
63 - CAF du Puy-de-Dôme

*Pivot CAF de l'Allier*

03 - CAF de l'Allier  
69 - CAF du Rhône  
73 - CAF de la Savoie

## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI,  
DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE  
ET DU DIALOGUE SOCIAL

MINISTÈRE DE LA VILLE,  
DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Secrétariat général

*Direction des affaires juridiques*

Pôle droit public et droit constitutionnel

#### **Circulaire DAJ/DPDC n° 2015-194 du 9 juin 2015 relative à la composition des instances ordinales siégeant en formation disciplinaire**

NOR : AFSZ1513836C

*Date d'application* : immédiate.

Validée par le CNP le 13 mai 2015. – Visa CNP 2015-77.

*Résumé* : suite à la décision du Conseil constitutionnel n° 2014-457 QPC du 20 mars 2015, les représentants de l'administration devront s'abstenir de siéger au sein des formations disciplinaires des instances ordinales.

*Mots clés* : instances ordinales – composition – décision du Conseil constitutionnel – indépendance.

*La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes à Mesdames et Messieurs les préfets de région ; Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé.*

Par décision n° 2014-457 QPC en date du 20 mars 2015, le Conseil constitutionnel a censuré le 2°, le 3° et le treizième alinéa de l'article L.4231-4 du code de la santé publique relatif à la composition du Conseil national de l'ordre des pharmaciens.

Le 2° et le 3° de cet article prévoient respectivement que le directeur général de la santé ou un pharmacien inspecteur de santé publique qu'il désigne à cet effet représentant le ministre chargé de la santé et qu'un pharmacien du service de santé représentant le ministre chargé de l'outre-mer, siègent au Conseil national de l'ordre des pharmaciens.

Le treizième alinéa du même article précise que les pharmaciens fonctionnaires représentant le ministre chargé de la santé et le ministre chargé de l'outre-mer assistent à toutes les délibérations avec voix consultative.

Or le Conseil constitutionnel a considéré que, même si ces dispositions prévoient qu'ils siègent avec voix consultative, dès lors que le directeur général de la santé ou le pharmacien inspecteur de santé publique qu'il désigne et le pharmacien du service de santé ne siègent pas en tant que membres nommés au sein du Conseil national de l'ordre des pharmaciens statuant en matière disciplinaire mais en qualité de représentants respectivement du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'outre-mer, ces dispositions méconnaissent le principe d'indépendance et sont donc contraires à la Constitution.

Le Conseil a toutefois estimé que l'abrogation immédiate de ces dispositions aurait pour effet de modifier la composition du Conseil national de l'ordre des pharmaciens statuant en matière disciplinaire mais aussi pour l'ensemble de ses attributions et qu'elle entraînerait ainsi des conséquences manifestement excessives. Il a donc décidé de reporter au 1<sup>er</sup> janvier 2016 la date de cette abrogation afin de permettre au législateur de remédier à l'inconstitutionnalité constatée<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> L'article 51 *septies* du projet de loi de modernisation de notre système de santé, adopté en 1<sup>re</sup> lecture par l'Assemblée nationale le 14 avril 2015, autorise le Gouvernement à prendre par ordonnance des dispositions permettant une évolution de la composition des ordres des professions de santé.

Le Conseil constitutionnel a néanmoins précisé qu'afin de faire cesser cette inconstitutionnalité à compter de la publication de la décision du 20 mars 2015, il y avait lieu de juger que, jusqu'à l'entrée en vigueur d'une nouvelle loi ou, au plus tard, jusqu'au 31 décembre 2015, les représentants de l'État ne siègeront plus au Conseil national de l'ordre des pharmaciens lorsqu'il statue en formation disciplinaire.

Cette décision ne dispose que pour le Conseil national de l'ordre des pharmaciens, qui était seul en litige. Toutefois, le raisonnement qui fonde la déclaration d'inconstitutionnalité est manifestement transposable à toutes les autres situations où des représentants d'une autorité de l'État ou agissant sous sa tutelle siègent dans des instances ordinales et, avec voix consultative, dans leur formation disciplinaire. Il en va ainsi pour les instances locales, où vous avez des représentants, et pour d'autres ordres que celui des pharmaciens. Dès lors, j'estime que, pour garantir la sécurité juridique des décisions disciplinaires rendues par les instances ordinales, il convient d'appliquer immédiatement à l'ensemble de ces situations la règle transitoire prescrite par le Conseil constitutionnel.

Je vous demande donc de veiller à ce que vos représentants dans des instances ordinales s'abstiennent de siéger au sein de leurs formations disciplinaires. Cela n'affecte pas leur capacité à siéger dans ces instances en toutes autres matières.

Pour la ministre et par délégation :  
*Le secrétaire général*  
*des ministères chargés des affaires sociales,*  
P. RICORDEAU

## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

CNAMTS  
Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

#### Délégations de signature de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

NOR : AFSX1530471X

Direction déléguée des systèmes d'information.

Direction de la stratégie, des études et des statistiques.

Secrétariat général.

Direction régionale du service médical d'Île-de-France.

Direction régionale du service médical de La Réunion.

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

#### DIRECTION DÉLÉGUÉE DES SYSTÈMES D'INFORMATION (DDSI)

##### M. Yves BUEY

Décision du 30 juin 2015

La délégation de signature accordée à M. Yves BUEY par décision du 17 novembre 2014 est abrogée.

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

Signé: Nicolas REVEL, directeur général.

##### M. Patrick PANNET

Décision du 30 juin 2015

Durant la vacance du poste de directeur délégué des systèmes d'information, délégation de signature est accordée à M. Patrick PANNET, chargé d'assurer l'intérim de ce poste, pour signer :

- la correspondance courante de la direction déléguée des systèmes d'information ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la direction déléguée concernée ;
- les lettres de notification aux organismes de l'assurance maladie relatives aux équipements, fournitures et services informatiques ;
- les circulaires, lettres réseau et enquêtes/questionnaires ;
- les contrats et conventions liés à l'activité relevant du système d'information et ne comportant pas de clause financière ;
- les notifications des ouvertures de crédits afférentes aux dépenses d'investissements informatiques concernant:
  - a) le Fonds national de gestion, pour les caisses primaires d'assurance maladie, les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, la caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France, les caisses générales de sécurité sociale et les centres de traitement informatique ;
  - b) le Fonds national de prévention des accidents du travail pour les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, la caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France et les caisses générales de sécurité sociale ;
  - c) le Fonds national du contrôle médical pour les échelons régionaux du contrôle médical ;
  - d) le Fonds national de l'action sanitaire et sociale pour les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, la caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France et les caisses générales de sécurité sociale ;



e) le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires pour les CPAM, les CARSAT, la CRAM d'Île-de-France et les CGSS.

Durant la vacance du poste de directeur délégué des systèmes d'information, en matière de marchés publics et dans le cadre des opérations intéressant sa direction déléguée, délégation de signature est accordée à M. Patrick PANNET, chargé d'assurer l'intérim de ce poste, pour signer :

- les accords-cadres et les marchés de travaux, fournitures, maintenances et services courants dont le montant est inférieur ou égal à 10 M€ TTC ;
- les autres accords-cadres et marchés dont le montant est inférieur ou égal à 700 000 € TTC, à l'exception des accords-cadres et des marchés de prestations d'organisation et d'audit concernant sa direction déléguée.

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

Signé: Nicolas REVEL, directeur général.

## CABINET DU DIRECTEUR DÉLÉGUÉ DES SYSTÈMES D'INFORMATION (CABDDSI)

### Mme Anne THIEBEAULD

Décision du 30 juin 2015

La délégation de signature accordée à Mme Anne THIEBEAULD par décision du 17 novembre 2014 est abrogée.

Délégation de signature est accordée à Mme Anne THIEBEAULD, responsable de la mission cabinet, DDSI/CAB, pour signer :

- la correspondance courante émanant de la mission cabinet de la direction déléguée des systèmes d'information ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la mission concernée.

En cas d'absence ou d'empêchement de M. Patrick PANNET, chargé d'assurer l'intérim du poste de directeur délégué des systèmes d'information, délégation de signature est accordée à Mme Anne THIEBEAULD, DDSI/CAB, pour signer :

- la correspondance courante émanant de la direction déléguée des systèmes d'information ;
- les circulaires, lettres réseau, enquêtes/questionnaires de la DDSI ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la DDSI.

En cas d'absence ou d'empêchement simultané de M. Patrick PANNET, chargé d'assurer l'intérim du poste de directeur délégué des systèmes d'information, et de M. Nicolas GANDILHON, responsable de la direction de la stratégie des ressources et des moyens, délégation de signature est accordée à Mme Anne THIEBEAULD, responsable de la mission cabinet, DDSI/CAB, pour signer :

- les lettres de notification aux organismes de l'assurance maladie relatives aux équipements, fournitures et services informatiques ;
- les notifications des ouvertures de crédits afférentes aux dépenses d'investissements informatiques concernant :

a) le Fonds national de gestion administrative, pour les caisses primaires d'assurance maladie, les centres de traitement informatique, les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, la caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France et les caisses générales de sécurité sociale ;

b) le Fonds national de la prévention des accidents du travail pour les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, la caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France et les caisses générales de sécurité sociale ;

c) le Fonds national du contrôle médical pour les échelons régionaux du contrôle médical ;

d) le Fonds national de l'action sanitaire et sociale pour les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, la caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France et les caisses générales de sécurité sociale ;

e) le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire pour les CPAM, CARSAT, CRAM d'Île-de-France et les CGSS.

En matière de marchés publics, en cas d'absence ou d'empêchement simultané de M. Patrick PANNET, chargé d'assurer l'intérim du poste de directeur délégué des systèmes d'information, et de M. Nicolas GANDILHON, responsable de la direction de la stratégie des ressources et des moyens, délégation de signature est accordée à Mme Anne THIEBEAULD, responsable de la mission cabinet, DDSI/CAB, dans le cadre des opérations intéressant la DDSI, pour signer :

- les accords-cadres et les marchés de travaux, fournitures, maintenances et services courants dont le montant est inférieur ou égal à 5 M€ TTC ;
- les autres accords-cadres et marchés dont le montant est inférieur ou égal à 500 000 € TTC, à l'exception des accords-cadres et des marchés de prestations d'organisation et d'audit concernant la DDSI.

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

Signé: Nicolas REVEL, directeur général.

## DIRECTION DE LA STRATÉGIE DES RESSOURCES ET DES MOYENS (DSRM)

### DÉPARTEMENT DU BUDGET ET DE LA PLANIFICATION

#### **M. Christophe LACHENE**

Décision du 30 juin 2015

La délégation de signature accordée à M. Christophe LACHENE par décision du 17 novembre 2014 est abrogée.

Délégation de signature est accordée à M. Christophe LACHENE, responsable du département du budget et de la planification, DDSI/DSRM, pour signer :

- la correspondance courante du département concerné ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la direction déléguée des systèmes d'information.

En cas d'absence ou d'empêchement simultané de M. Patrick PANNET, chargé d'assurer l'intérim du poste de directeur délégué des systèmes d'information, et de M. Nicolas GANDILHON, responsable de la direction de la stratégie des ressources et des moyens, délégation de signature est accordée à M. Christophe LACHENE pour signer :

- les lettres de notification aux organismes de l'assurance maladie relatives aux équipements, fournitures et services informatiques ;
- les notifications des ouvertures de crédits afférentes aux dépenses d'investissement informatiques concernant :

a) le Fonds national de gestion, pour les caisses primaires d'assurance maladie, les centres de traitement informatique, les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, la caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France et les caisses générales de sécurité sociale ;

b) le Fonds national de prévention des accidents du travail pour les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, la caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France et les caisses générales de sécurité sociale ;

c) le Fonds national du contrôle médical pour les directions régionales du service médical ;

d) le Fonds national de l'action sanitaire et sociale pour les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, la caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France et les caisses générales de sécurité sociale ;

e) le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires pour les caisses primaires d'assurance maladie, les centres de traitement informatique, les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, la caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France et les caisses générales de sécurité sociale.

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

Signé: Nicolas REVEL, directeur général.

DIRECTION DE LA STRATÉGIE, DES ÉTUDES ET DES STATISTIQUES (DSES)

DÉPARTEMENT ÉTUDES DE SANTÉ PUBLIQUE (DESP)

**M. Philippe RICORDEAU**

Décision du 1<sup>er</sup> juillet 2015

La délégation de signature accordée à M. Philippe RICORDEAU par décision du 17 novembre 2014 est abrogée.

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

Signé: Nicolas REVEL, directeur général.

SECRETARIAT GENERAL (SG)

DIRECTION DE LA GESTION DES MOYENS ET DE L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL (DGMET)

DÉPARTEMENT INFORMATION ET SERVICES (DIS)

**Mme Valérie LE ROY**

Décision du 1<sup>er</sup> juin 2015

La délégation de signature accordée à Mme Valérie LE ROY par décision du 17 novembre 2014 est abrogée.

Délégation de signature est accordée à Mme Valérie LE ROY, responsable du département information et services, SG/DGMET, pour signer:

- la correspondance courante du département information et services;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par le département concerné.

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

Signé: Nicolas REVEL, directeur général.

**Mme Isabelle KOCH**

Décision du 1<sup>er</sup> juin 2015

En cas d'absence ou d'empêchement du responsable du département des ressources documentaires:

La délégation de signature accordée à Mme Isabelle KOCH par décision du 17 novembre 2014 est abrogée.

En cas d'absence ou d'empêchement du responsable du département information et services, délégation de signature est accordée à Mme Isabelle KOCH, adjointe au responsable du département information et services, SG/DGMET, pour signer:

- la correspondance courante du département information et services;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par le département concerné.

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

Signé: Nicolas REVEL, directeur général.

DÉPARTEMENT DE L'ADMINISTRATION DES SITES DÉCONCENTRÉS (DASD)

**Mme Maryse BIGOT**

Décision du 1<sup>er</sup> juin 2015

La délégation de signature accordée à Mme Maryse BIGOT par décision du 17 novembre 2014 est abrogée.

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

Signé: Nicolas REVEL, directeur général.

DIRECTION RÉGIONALE DU SERVICE MÉDICAL D'ÎLE-DE-FRANCE (DRSM)

**M. le docteur Jean-François BAYET**

Décision du 23 juin 2015

Délégation est donnée à M. le docteur Jean-François BAYET, médecin-conseil régional par intérim à la direction régionale du service médical d'Île-de-France, pour signer, au nom du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, tous actes ou décisions concernant les engagements d'actions en justice en matière de contestation des ordonnances prononcées par les tribunaux du contentieux de l'incapacité enjoignant à ses services la communication de pièces médicales dans le cadre des recours employeurs.

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

Signé: Nicolas REVEL, directeur général.

DIRECTION RÉGIONALE DU SERVICE MÉDICAL DE LA RÉUNION (DRSM)

**M. le docteur Pierre LAGACHERIE**

Décision du 19 mai 2015

Délégation est donnée à M. le docteur Pierre LAGACHERIE, médecin-conseil régional par intérim à la direction régionale du service médical de La Réunion, pour signer, au nom du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, tous actes ou décisions concernant les engagements d'actions en justice en matière de contestation des ordonnances prononcées par les tribunaux du contentieux de l'incapacité enjoignant à ses services la communication de pièces médicales dans le cadre des recours employeurs.

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

Signé: Nicolas REVEL, directeur général.

## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

CNAMTS  
Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

#### Délégation de signature de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

NOR : AFSX1530476X

Direction déléguée des opérations.

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

DIRECTION DÉLÉGUÉE DES OPÉRATIONS (DDO)

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES DES RÉSEAUX (DRHR)

**Mme Emmanuelle BLANCHOT**

Décision du 1<sup>er</sup> juin 2015

Délégation de signature est accordée à Mme Emmanuelle BLANCHOT, adjointe à la directrice des ressources humaines des réseaux, DDO/DRHR, pour signer :

- la correspondance courante émanant de la direction des ressources humaines des réseaux ;
- les lettres-réseau et enquêtes/questionnaires ;
- les courriers relatifs à la délivrance des autorisations provisoires et des agréments des agents chargés du contrôle de l'application des législations visées à l'article L. 114-10 du code de la sécurité sociale ;
- les notifications des décisions du directeur concernant tous actes de gestion (recrutement, avancements, congés sans solde, etc.) concernant les praticiens-conseils ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la direction concernée.

En matière de marchés publics et dans le cadre des opérations intéressant sa direction, délégation de signature est accordée à Mme Emmanuelle BLANCHOT, adjointe à la directrice des ressources humaines des réseaux, pour signer :

- les accords-cadres et les marchés de travaux, fournitures, maintenances et services courants dont le montant est inférieur ou égal à 5 M€ TTC ;
- les autres accords-cadres et marchés dont le montant est inférieur ou égal à 350 000 € TTC, à l'exception des accords-cadres et des marchés de prestations d'organisation et d'audit concernant sa direction.

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

Signé : Nicolas REVEL, directeur général.

## SANTÉ

### PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

#### **Arrêté du 17 juin 2015 portant nomination à l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu**

NOR : AFSS1530470A

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,  
Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 4021-1 et R. 4021-1 et suivants;  
Vu l'arrêté du 19 avril 2012 modifié portant approbation de la convention constitutive du GIP-OGDPC,

Arrête :

#### Article 1<sup>er</sup>

M. Gérald GALLIOT est nommé vice-président du conseil de gestion de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu.

#### Article 2

Le directeur de la sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 17 juin 2015.

Pour la ministre et par délégation :

Pour le directeur de la sécurité sociale :  
*Le chef de service,*  
*adjoint au directeur de la sécurité sociale,*  
F. GODINEAU

*Le directeur général de l'offre de soins,*  
J. DEBEAUPUIS

## SANTÉ

### PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

#### **Arrêté du 18 juin 2015 portant nomination des membres de la commission chargée d'émettre un avis sur les qualifications professionnelles des personnes spécialisées en radiophysique médicale titulaires d'un diplôme délivré hors de France, prévue par le décret n° 2009-742 du 19 juin 2009**

NOR : AFSH1530431A

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Vu le code de la santé publique, notamment son article R. 1333-60;

Vu le décret n° 2009-742 du 19 juin 2009 instituant la commission chargée d'émettre un avis sur les qualifications professionnelles des personnes spécialisées en radiophysique médicale titulaires d'un diplôme délivré hors de France;

Vu l'arrêté du 22 juin 2009 portant nomination des membres de la commission chargée d'émettre un avis sur les qualifications professionnelles des personnes spécialisées en radiophysique médicale titulaires d'un diplôme délivré hors de France, prévue par le décret n° 2009-742 du 19 juin 2009;

Vu l'arrêté du 6 décembre 2011 relatif à la formation et aux missions de la personne spécialisée en radiophysique médicale et à la reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants étrangers pour l'exercice de ces missions en France,

Arrête :

#### Article 1<sup>er</sup>

Sont nommés en qualité de membres de la commission prévue par le décret du 19 juin 2009 susvisé, pour une durée de cinq ans :

- 1° a) Mme Catherine DEJEAN, représentant la Société française de physique médicale, membre titulaire;
- b) Mme Caroline LAFOND, représentant la Société française de physique médicale, membre suppléant;
- 2° a) M. Manuel BARDIÈS, représentant la Société française de physique médicale, membre titulaire;
- b) Mme Véronique DEDIEU, représentant la Société française de physique médicale, membre suppléant;
- 3° a) M. Thierry SARRAZIN, représentant la Société française de physique médicale, membre titulaire;
- b) M. Dominique LE DU, représentant la Société française de physique médicale, membre suppléant;
- 4° a) M. Jean-Jacques MAZERON, représentant la Société française de radiothérapie oncologique, membre titulaire;
- b) M. Éric LARTIGAU, représentant la Société française de radiothérapie oncologique, membre suppléant;
- 5° a) Mme le professeur Laure SARDA-MANTEL, représentant la Société française de médecine nucléaire et imagerie moléculaire, membre titulaire;
- b) M. le professeur Denis MARIANO GOULARD, représentant la Société française de médecine nucléaire et imagerie moléculaire, membre suppléant;
- 6° a) M. le professeur Hubert DUCOU LE POINTE, représentant la Société française de radiologie, membre titulaire;
- b) M. le docteur Hervé BRISSE, représentant la Société française de radiologie, membre suppléant.

Article 2

Sont nommés en qualité de membres de la commission prévue par le décret du 19 juin 2009 susvisé, pour une durée de cinq ans, les personnalités qualifiées suivantes :

- 1° M. Marc VALERO, désigné par l’Autorité de sûreté nucléaire ;
- 2° Mme le docteur Claudia FERRARI, désignée par l’Institut national du cancer ;
- 3° Mme Amélie ROUÉ, désignée par l’Institut national des sciences et techniques nucléaires.

Article 3

Le directeur général de l’offre de soins est chargé de l’exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

Paris, le 18 juin 2015.

Pour la ministre et par délégation :  
*Le chef du bureau RH2  
de l’exercice, de la déontologie  
et du développement professionnel continu,*  
G. BOUDET



## SANTÉ

### PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

#### **Arrêté du 19 juin 2015 portant nomination au conseil central de la section B de l'ordre des pharmaciens**

NOR : AFSH1530459A

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,  
Vu l'article L.4232-7 du code de la santé publique,

Arrête :

#### Article 1<sup>er</sup>

M. Pierre TCHORELOFF, professeur à l'UFR de pharmacie de Paris-XI, est nommé membre du conseil central de la section B de l'ordre des pharmaciens.

#### Article 2

Le directeur général de l'offre de soins est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

Fait le 19 juin 2015.

Pour la ministre et par délégation :  
*Le chef du bureau RH2  
de l'exercice, de la déontologie  
et du développement professionnel continu,*  
G. BOUDET

## PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

### **Arrêté du 19 juin 2015 portant nomination au conseil national de l'ordre des pharmaciens**

NOR : AFSH1530461A

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,  
Vu l'article L.4231-4 du code de la santé publique,

Arrête :

#### Article 1<sup>er</sup>

M. Éric FOUASSIER, professeur à l'UFR de pharmacie de Paris-XI, est nommé membre du conseil national de l'ordre des pharmaciens.

#### Article 2

Le directeur général de l'offre de soins est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

Fait le 19 juin 2015.

Pour la ministre et par délégation :  
*Le chef du bureau RH2  
de l'exercice, de la déontologie  
et du développement professionnel continu,*  
G. BOUDET

## SANTÉ

### PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

#### **Arrêté du 15 juillet 2015 portant autorisation temporaire d'exercice de la médecine en France**

NOR : AFSH1530483A

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,  
Vu le code de la santé publique, et notamment son article L.4131-4,

Arrête :

#### Article 1<sup>er</sup>

Mme KHANNOUSSI Wafaa, née le 25 août 1981 à Rabat (Maroc) est autorisée à exercer temporairement la médecine en qualité de praticien attaché, dans le service de gastroentérologie pancréatologie à l'APHP - hôpitaux universitaires Paris Nord-Val de Seine - hôpital Beaujon, à Clichy, dans les conditions prévues à son contrat de travail et sous réserve de son inscription au tableau de l'ordre des médecins.

#### Article 2

L'autorisation temporaire d'exercer la médecine est accordée à compter du 10 juin 2015 jusqu'au 31 décembre 2015.

#### Article 3

Le directeur général de l'offre de soins est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

Fait le 15 juillet 2015.

Pour la ministre et par délégation :  
Par empêchement du directeur général  
de l'offre de soins :  
*La sous-directrice des ressources humaines  
du système de santé par intérim,*  
M. LENOIR-SALFATI

## SANTÉ

### PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

*Direction de la sécurité sociale (DSS)*

Sous-direction du financement  
du système de soins

Bureau des relations  
avec les professions de santé (1B)

#### **Instruction DSS/1B n° 2015-209 du 13 mai 2015 relative aux modalités de mise en œuvre des coopérations entre professionnels de santé concernant le bilan visuel**

NOR : AFSS1514640J

*Date d'application* : immédiate.

Validée par le CNP le 13 mai 2015. – Visa CNP 2015-85.

*Résumé* : la loi « hôpital, patients, santé, territoires » permet aux professionnels de santé d'élaborer et de présenter des protocoles de coopération. Afin de faciliter le financement de certains d'entre eux, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a créé un collège des financeurs chargé de donner un avis sur leur modèle économique. La présente circulaire détaille la procédure de présentation des protocoles à l'avis du collège des financeurs. Par ailleurs, elle définit les modalités de mise en œuvre d'un des premiers protocoles validés par le collège et relatif au bilan visuel réalisé par un orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques.

*Mots clés* : coopération entre professionnels de santé – filière visuelle.

*Références* :

[Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009](#) portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, et notamment son article 51 ;

[Décret n° 2014-919 du 18 août 2014](#) relatif à la composition et au fonctionnement du collège des financeurs des coopérations entre professionnels de santé ;

[Arrêté du 23 octobre 2014](#) modifiant l'arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé ;

[Arrêté du 12 janvier 2015](#) autorisant le financement dérogatoire de protocoles de coopération entre professionnels de santé.

*Annexes* :

Annexe I. – Schéma de la procédure d'autorisation en collège des financeurs.

Annexe II. – Exemple d'un modèle de présentation médico-économique.

Annexe III. – Courrier type de notification des engagements aux professionnels de santé adhérant aux protocoles.

*La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de santé.*

Depuis 2009, les articles L. 4011-1 et L. 4011-2 du code de la santé publique ouvrent aux professionnels de santé la possibilité de soumettre à la Haute Autorité de santé (HAS) des protocoles de coopération. Si ce protocole est validé par la HAS, il peut faire l'objet d'une autorisation de mise en œuvre par une ou plusieurs agences régionales de santé.

Afin de favoriser le développement de ces protocoles en ambulatoire, l'article 35 de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2014 ouvre une nouvelle procédure de « collège des financeurs ».

Les deux premiers avis du collège des financeurs, favorables, ont été rendus le 19 décembre 2014, sur les protocoles bilan visuel chez l'adulte et l'enfant et sur le protocole porté par l'association ASALEE. Deux arrêtés autorisant le financement de ces protocoles au niveau national ont été publiés le 12 janvier 2015.

La présente instruction a pour objet de présenter :

- la procédure de présentation de protocoles à l'avis du collège des financeurs ;
- les modalités de mise en œuvre des protocoles relatifs au bilan visuel réalisé par un orthoptiste dans le cadre du renouvellement / adaptation des corrections optiques.

La mise en œuvre du protocole « ASALEE » a fait l'objet d'une instruction distincte.

## **1. Le collège des financeurs rend un avis sur le modèle économique et se prononce sur l'opportunité d'octroi d'un financement dérogatoire**

### *1.1. Objet et fonctionnement du collège des financeurs*

L'article 51 de la loi « hôpital, patients, santé, territoires » a laissé aux professionnels de santé l'initiative de l'élaboration d'un protocole de coopération. Ce protocole est adressé à l'agence régionale de santé, qui vérifie qu'il répond à un besoin de santé au niveau régional. L'ARS transmet le protocole à la HAS pour vérifier qu'il garantit la qualité et la sécurité des soins aux patients. Si la Haute Autorité de santé émet un avis favorable, l'ARS peut autoriser le protocole par arrêté, et le cas échéant décider de lui attribuer un financement sur l'enveloppe du fonds d'intervention régional (FIR).

En l'absence de financements spécifiques associés, ce dispositif s'est peu développé auprès des professionnels libéraux. De plus, la procédure d'avis de la Haute Autorité de santé était lourde (délai d'avis nécessaire avant la mise en œuvre du protocole dans chaque région), et ne se prononçait pas sur l'efficacité des protocoles.

L'article 35 de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2014 a pour objectif de faciliter le financement de quelques protocoles de coopération par l'assurance maladie, sur une période limitée et sous réserve de leur évaluation.

En complément de l'avis de la Haute Autorité de santé, un collège des financeurs a pour mission de présenter un avis sur le modèle économique des protocoles de coopération, ainsi que sur l'opportunité d'une prise en charge financière par l'assurance maladie sur une durée définie.

Le collège des financeurs est composé des trois directeurs généraux du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, ainsi que du directeur de l'Union nationale des caisses de l'assurance maladie. Il est présidé par le directeur de la sécurité sociale, et se prononce par majorité simple.

Le collège s'est installé le 10 octobre 2014, et a émis deux premiers avis le 10 décembre. Le secrétariat du collège des financeurs est assuré par la direction de la sécurité sociale, les demandes peuvent être adressées au bureau des relations avec les professions de santé : [dss-college-financeurs@sante.gouv.fr](mailto:dss-college-financeurs@sante.gouv.fr).

### *1.2. Procédure de mise en œuvre d'un protocole*

Cf. schéma de l'annexe I.

#### Modalités de constitution et d'examen des dossiers

En application des articles L.4022-1 et L.4011-2 du code de la santé publique, les professionnels de santé ont la possibilité de proposer un protocole de coopération à l'agence régionale de santé qui le soumet après examen, le cas échéant, à l'avis de la HAS.

L'ARS peut soumettre au collège des financeurs ce protocole, comme les protocoles ayant déjà reçu un avis favorable de la HAS.

L'agence régionale accompagne ces protocoles d'une présentation de leur modèle économique, qui présente obligatoirement :

- les éléments descriptifs du coût de la délégation incluant la formation du délégué, la rémunération du délégué pour l'acte et son mode de calcul, le coût de fonctionnement de la structure, la supervision par le délégant ;
- le nombre d'actes délégués prévus pour la période d'expérimentation ;
- le nombre d'actes faits par le délégant sur la période d'un an précédant l'expérimentation ;
- le tarif actuel de l'acte.

Un exemple de modèle économique est présenté de façon synthétique en annexe II.

### Modes de financement des protocoles

En cas d'avis défavorable de la HAS, le protocole ne peut être mis en œuvre.

En cas d'avis favorable de la HAS et du collège des financeurs, un arrêté ministériel peut autoriser le financement du protocole de coopération par l'assurance maladie, pour une durée limitée.

En cas d'avis favorable de la HAS, mais d'avis défavorable du collège des financeurs, le protocole de coopération peut toujours être mis en œuvre dans la région, et peut être financé par le fonds d'intervention régional.

L'autorisation, par arrêté ministériel, de financement du protocole de coopération peut s'accompagner de l'extension de l'avis de la HAS au niveau national.

### Prorogation de la durée de financement ou pérennisation

La HAS établit une évaluation médico-économique 6 mois avant la fin de la période de financement du protocole.

Le collège des financeurs se prononce alors sur la fin du financement par l'assurance maladie ou le maintien de ce financement pour une période complémentaire, dans la limite d'une durée totale fixée par la loi<sup>1</sup> ou enfin sur la mise en place d'une prise en charge pérenne, par une inscription des actes concernés à la nomenclature.

## **2. Présentation et mise en œuvre des protocoles de coopération entre ophtalmologistes et orthoptistes pour la réalisation du « bilan visuel »**

L'arrêté du 12 janvier 2015 autorise le financement par l'assurance maladie, jusqu'au 31 décembre 2016, de deux protocoles de coopération entre ophtalmologistes et orthoptistes :

- le bilan visuel réalisé par un orthoptiste dans le cadre du renouvellement / adaptation des corrections optiques chez les enfants de 6 à 15 ans ;
- le bilan visuel réalisé par un orthoptiste dans le cadre du renouvellement / adaptation des corrections optiques chez les adultes de 16 à 49 ans.

Ces protocoles ont été présentés par l'agence régionale de santé des Pays de la Loire, à partir d'une expérimentation conduite au Mans, au vu des délais moyens d'obtention de rendez-vous avec un ophtalmologiste.

L'objectif de ces protocoles de coopération est de réduire les délais de rendez-vous pour le renouvellement/adaptation des corrections optiques tout en optimisant la charge de travail de l'ophtalmologiste.

*2.1. Les protocoles portent sur la délégation du bilan visuel établi par un orthoptiste et validé en différé par l'ophtalmologiste, dans le cadre d'un renouvellement ou d'une adaptation des corrections optiques.*

### Déroulement des protocoles

Les deux protocoles portent sur la réalisation d'un bilan médicalisé par un orthoptiste en l'absence d'un ophtalmologiste, qui est interprété en différé par l'ophtalmologiste.

L'orthoptiste est formé spécifiquement à ce type de consultation, selon la grille prévue dans le protocole.

Les protocoles sont mis en œuvre dans un lieu unique, regroupant ophtalmologistes et orthoptistes. Un ophtalmologiste est obligatoirement disponible pendant les actes des orthoptistes, sous la forme d'une astreinte, pour répondre aux questions des délégués et les aider à résoudre les problèmes auxquels ils seraient confrontés. En particulier, il doit pouvoir prendre en charge le patient en cas d'évènement indésirable grave (EIG). L'ensemble du matériel nécessaire est mis à disposition de l'orthoptiste<sup>2</sup>, de même qu'un moyen de communication immédiat avec le délégué.

<sup>1</sup> Le financement dérogatoire peut avoir une durée maximale de 3 ans, renouvelable une fois (article L. 4011-2-2 du code de la santé publique).

<sup>2</sup> Le délégué doit ainsi disposer *a minima* du matériel suivant : projecteur de test pour mesurer AV et réfraction, tonomètre à air, appareil à caméra numérique permettant de réaliser des photographies du fond de l'œil (ou rétinographies), ainsi qu'un système d'information permettant au délégué d'enregistrer les résultats des examens réalisés.

Ces protocoles prévoient que l'orthoptiste réalise les actes suivants, de façon dérogatoire :

- l'interrogatoire du patient, afin d'éliminer les contre-indications à l'application du protocole ;
- la réfraction sans que l'examen ait fait l'objet d'une prescription médicale ;
- le bilan des déséquilibres oculomoteurs sans que cet examen ait fait l'objet d'une prescription médicale ;
- la mesure du tonus oculaire avec un tonomètre à air, sans que cet examen ait fait l'objet d'une prescription médicale, et en l'absence d'un médecin ophtalmologiste en mesure d'en contrôler l'exécution et d'intervenir immédiatement ;
- la prise de rétino-graphies avec un rétino-graphe non mydriatique, sans que cet examen ait fait l'objet d'une prescription médicale.

Les patients s'inscrivant dans les protocoles sont les patients entre 6 et 15 ans, ou entre 16 et 50 ans, connus et suivis par le cabinet d'ophtalmologie, dont la dernière consultation avec l'ophtalmologiste date de moins de cinq ans, sans autre pathologie oculaire associée, sans œil rouge et douloureux, sans baisse de l'acuité visuelle profonde, durable et récente.

L'information des patients sur la possibilité d'entrer dans le protocole de coopération est délivrée par le secrétariat médical lors de la prise de rendez-vous. Les patients habituellement suivis par le cabinet se voient offrir au moment de la prise de rendez-vous différentes possibilités :

- prise de rendez-vous avec l'ophtalmologiste dans la file d'attente normale ;
- prise de rendez-vous pour un bilan réalisé par l'orthoptiste dans un délai de quinze jours, suivi de l'envoi dans les huit jours de l'ordonnance de renouvellement : le patient est également informé du caractère dérogatoire de cet acte, des modalités d'organisation du bilan, et du caractère volontaire de la participation à ce bilan ;
- pour les patients dont la dernière visite date de moins de trois ans et disposant de leur ordonnance initiale, d'aller chez un opticien.

Lors de la consultation, l'orthoptiste vérifie la bonne compréhension de l'information délivrée au moment de la prise de rendez-vous et recueille le consentement oral du patient.

En cas de contre-indication repérée par l'orthoptiste au début<sup>3</sup>, ou lors du bilan<sup>4</sup>, il contacte l'ophtalmologiste pour l'orientation du patient vers une prise en charge par un ophtalmologiste, en urgence ou dans un délai raisonnable compatible avec son état de santé.

L'orthoptiste renseigne l'ensemble des résultats de l'examen dans le logiciel du cabinet médical. Ces données sont interprétées de façon différée par l'ophtalmologiste dans un délai de huit jours (48 heures en cas de bilans signalés comme anormaux par l'orthoptiste). L'ordonnance est transmise au patient par courrier.

En cas d'anomalie identifiée lors de l'analyse du bilan, le patient est convoqué par l'ophtalmologiste.

#### Diffusion des protocoles en région

Le déploiement des protocoles est encouragé, aussi les ARS qui ne les ont pas encore autorisés sont invitées à examiner leur pertinence au regard de l'offre de soins régionale dans le domaine ophtalmologique et autoriser leur diffusion, le cas échéant.

Lorsque l'agence régionale de santé a autorisé le protocole de coopération sur son territoire, les professionnels de santé concernés peuvent s'engager à appliquer ce protocole après avoir déposé une demande d'adhésion auprès de l'ARS qui l'enregistre et vérifie le respect des conditions fixées à l'article L. 4011-3.

#### Accompagnement de la diffusion des protocoles auprès des professionnels de santé

Afin de faire connaître et d'inciter les professionnels de santé à s'engager dans ces pratiques, notamment dans les territoires où existent des tensions pour couvrir les besoins de soins d'ophtalmologie, des actions d'accompagnement doivent être menées par les ARS en lien avec l'assurance maladie.

La CNAMTS a été sollicitée pour diffuser dans les prochaines semaines à tous les ophtalmologistes ayant des orthoptistes salariés un courrier d'information sur les objectifs et la présentation générale du dispositif.

<sup>3</sup> Œil rouge et/ou douloureux, BAV profonde, brutale et récente.

<sup>4</sup> BAV profonde (2/10), tonus très élevé (> 28 mm Hg), trouble oculomoteur (paralysie oculomotrice), image suspecte en rétino-photo (hémorragie maculaire).



Ce courrier renvoie les professionnels intéressés aux services de l'ARS concernés dont les coordonnées doivent figurer dans le courrier afin d'apporter les précisions nécessaires ainsi que le texte complet des protocoles, disponible sur le site internet : <https://coopps.ars.sante.fr/coopps/init/index.jsp>. L'ARS est invitée à fournir aux CPAM ces éléments d'information.

#### Suivi et retours d'expérience prévus dans le protocole

Le protocole fait l'objet d'un suivi incluant notamment des indicateurs d'activité, de qualité et sécurité des nouvelles modalités de prise en charge, de satisfaction des acteurs, et d'impact sur l'activité et l'organisation. Des indicateurs spécifiques sont également inclus.

Il fait également l'objet d'un retour d'expérience et d'une concertation régulière entre le délégant et le délégué, notamment concernant les EIG et le taux d'erreurs, afin d'apporter des solutions adaptées (par exemple formation) et d'assurer une traçabilité.

En outre, certains éléments doivent être traçables et archivés, il s'agit notamment de :

- la date de la consultation ;
- le nom du délégant et du délégué ;
- le formulaire d'interrogation ;
- le consentement ;
- les résultats de l'AV, de la réfraction, de la tonométrie, du bilan des déséquilibres oculomoteurs ;
- les clichés ;
- les EIG survenus et les solutions apportées ;
- l'interprétation du bilan par l'ophtalmologiste ;
- l'ordonnance.

#### *2.2. Déroulement de la procédure d'inclusion dans le dispositif et engagements des professionnels*

Pour participer au dispositif, les professionnels de santé doivent effectuer une demande d'adhésion aux protocoles auprès de leur ARS, dans les formes prévues à l'arrêté du 31 décembre 2009 modifié relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé. Ils joignent à cet effet toutes les pièces jointes requises.

L'ARS instruit la demande et vérifie la complétude du dossier et la faculté des demandeurs (diplômes requis, etc.), en vue de l'enregistrement de la demande, conformément à l'arrêté précité.

L'ARS procède à l'inscription des professionnels de santé dans les protocoles de coopération entre ophtalmologistes et orthoptistes pour la réalisation du « bilan visuel », sur le site COOPS-PS.

Elle transmet à la CPAM les informations permettant d'identifier les professionnels adhérents.

Un courrier conjoint de l'ARS et de la CPAM est envoyé par l'ARS à chaque professionnel adhérent au protocole (*cf.* modèle en annexe III). Il a pour objet de notifier l'enregistrement de l'adhésion et de préciser les exigences qui l'accompagnent.

Ce courrier comporte les objectifs et modalités de la coopération, les droits et les engagements de chacune des parties, ainsi que le rythme et les modalités de transmission des informations, les modalités de financement, de contrôle et d'évaluation.

L'ARS a vocation à assurer le suivi de la mise en œuvre du protocole de coopération. Elle a notamment en charge, conjointement avec la CPAM, l'évaluation des impacts organisationnels sur son territoire, notamment du temps libéré par l'ophtalmologiste pour la validation des dossiers et les impacts sur la nature de son activité.

#### *2.3. Modalités de financement et de suivi*

##### Tarif

L'avis du collège des financeurs a porté sur un modèle économique, permettant l'attribution d'un montant de 23 € versé à l'ophtalmologiste pour la totalité de l'acte effectué par les deux professionnels (bilan et interprétation différée). Il s'agit d'un tarif sans dépassement.

Les modalités actuelles de rémunération ne sont à ce stade adaptées qu'aux ophtalmologistes libéraux exerçant avec des orthoptistes salariés.

Une réflexion est en cours pour permettre l'adaptation du dispositif aux délégations entre deux libéraux, soit en se fondant sur une répartition du coût de l'acte, soit en créant une structure juridique adaptée pour recevoir l'argent.



L'inscription de professionnels de santé libéraux exerçant dans des locaux partagés n'est donc pas exclue à moyen terme.

#### Financement pour une période de deux ans

Le protocole est financé par l'assurance maladie dans des conditions dérogatoires, jusqu'au 31 décembre 2016.

Le remboursement d'actes par l'assurance maladie est conditionné à la création d'un code-acte, qui est créé par l'UNCAM de façon dérogatoire aux dispositions de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, relatives aux modalités d'inscription sur la liste des actes et prestations.

La mise à disposition du code acte «RNO», qui va servir à la facturation, est en cours. Les éléments nécessaires à l'implémentation de ce nouveau code sur les postes de travail par les éditeurs de logiciels vont être diffusés prochainement.

Dans cet intervalle, il vous est possible de poursuivre le financement de protocoles de coopération avec des professionnels de santé dans le cadre d'un avenant aux conventions antérieures au 21 janvier 2015<sup>5</sup>, associées à un financement par le fond d'intervention régional (FIR).

#### Modalités de paiement des actes réalisés

Le tarif ci-dessus est versé aux professionnels de santé par les caisses d'assurance maladie *via* sesam vitale. La facturation du code acte «RNO» s'effectuera *via* la carte CPS de l'ophtalmologiste. Les modalités de facturation seront précisées dans une lettre-réseau de la CNAMTS.

Des contrôles seront effectués par l'ARS *a posteriori* pour vérifier que le professionnel bénéficiant de cette rémunération a adhéré aux protocoles et respecte bien l'intégralité des engagements prévus.

#### 2.4. Suivi et évaluation

Le suivi du protocole est effectué par l'ARS, en lien avec les professionnels de santé volontaires et la CPAM sur la partie facturation, réunis semestriellement pour évaluer le déploiement des protocoles, les difficultés rencontrées ou procéder à des partages d'expérience.

Un comité de pilotage régional, qui associe l'ARS, la CPAM et des représentants des professionnels de santé concernés, définit les orientations à donner au déploiement, établit la synthèse régulière de son avancée en région et remonte les informations au niveau national.

Ces éléments de bilan seront mis à disposition par les ARS auprès des professionnels de santé. Ils seront transmis à la Haute Autorité de santé ainsi qu'à la direction de la sécurité sociale avant le 1<sup>er</sup> septembre 2016.

À la fin du premier semestre 2016, les professionnels de santé devront transmettre à l'ARS les éléments nécessaires à l'évaluation des protocoles. À la même échéance, l'assurance maladie fournira, à partir des données de remboursement de l'acte créé, les données qui relèvent de son ressort.

Les indicateurs de suivi et leur responsable sont détaillés dans le tableau ci-dessous :

| INDICATEURS DE SUIVI   | RESPONSABLE DU SUIVI de l'indicateur |      |                         |
|--|--------------------------------------|------|-------------------------|
|  | ARS                                  | CPAM | Professionnels de santé |
| <b>Activité</b>  |                                      |      |                         |
| Nombre de patients et nombre d'actes de bilan visuel pour lesquels le code RNO est facturé   |                                      | X    |                         |
| Part de patients suivis dans le cadre des protocoles sur le nombre de patients éligibles   |                                      |      | X                       |
| Évolution du nombre de patients reçus par l'ophtalmologiste depuis le début des protocoles, dont la part de nouveaux patients (c'est-à-dire des patients n'ayant pas fait l'objet d'une consultation par le professionnel durant les trois années précédant son adhésion aux protocoles) |                                      |      | X                       |
| Typologie des patients   |                                      | X    |                         |
| Comparaison de la consommation de soins des patients en ophtalmologie avant et après la facturation de l'acte de bilan visuel  |                                      | X    |                         |
| <b>Qualité et sécurité</b>   |                                      |      |                         |
| Taux brut d'alertes du délégué au déléguant  |                                      |      | X                       |
| Taux d'EIG (tonométrie, corrections optiques non adaptées, pathologies non vues)   |                                      |      | X                       |

<sup>5</sup> Lendemain de la date de publication de l'arrêté ministériel autorisant le financement des protocoles de coopération par l'assurance maladie.

| INDICATEURS DE SUIVI   | RESPONSABLE DU SUIVI de l'indicateur |      |                         |
|--|--------------------------------------|------|-------------------------|
|  | ARS                                  | CPAM | Professionnels de santé |
| <b>Organisation</b>  |                                      |      |                         |
| Délai médian d'obtention de rendez-vous avec le délégué (par sondage)  |                                      |      | X                       |
| Durée médiane de prise en charge par le délégué (par sondage)  |                                      |      | X                       |
| Pourcentage de patients convoqués par l'ophtalmologiste au vu des résultats du bilan et donc avant de faire l'ordonnance |                                      |      | X                       |
| Transmission optionnelle:  |                                      |      |                         |
| Délai de rendez-vous pour ces patients reconvoqués   |                                      |      |                         |
| Taux de nouvelles corrections optiques non adaptées et nécessitant un bilan par l'ophtalmologiste                        |                                      |      |                         |
| Taux de bilan comportant une erreur (erreur de mesure de la réfraction ou erreur en saisissant le bilan)                 |                                      |      | X                       |
| Taux d'envoi des ordonnances dans un délai inférieur ou égal à 8 jours   |                                      |      |                         |
| <b>Satisfaction des acteurs (éventuellement par sondage)</b>   |                                      |      |                         |
| Taux de satisfaction des délégués vis-à-vis de la formation suivie   | X                                    |      |                         |
| Taux de satisfaction générale des délégués vis-à-vis de la nouvelle prise en charge                                      | X                                    |      |                         |
| Taux de satisfaction générale des délégants vis-à-vis de la nouvelle prise en charge                                     | X                                    |      |                         |
| Taux de satisfaction générale des patients   | X                                    |      |                         |
| Taux de retour des questionnaires patient  | X                                    |      |                         |

Par ailleurs, une estimation de l'impact de la création de cet acte sur l'évolution de la patientèle des ophtalmologistes et de leur structure d'activité (par type d'actes) pourra être menée à l'issue de l'expérimentation.

Ces éléments seront transmis au collège des financeurs et à la Haute Autorité de santé, pour lui permettre de réaliser une évaluation médico-économique sur les protocoles et de rendre un avis sur son efficacité.

Enfin, les ARS devront renseigner spécifiquement auprès de la DSS un tableau de bord relatif à la diffusion des protocoles comportant les informations suivantes :

- nombre de professionnels ;
- type d'exercice ;
- secteur de conventionnement ;
- lieu d'exercice.

L'ensemble de ces informations permettra au collège des financeurs de prendre une décision, soit pour la prorogation de l'expérimentation, soit pour sa généralisation, soit pour son abandon.

Pour la ministre et par délégation :

*Le secrétaire général des ministères  
chargés des affaires sociales,*

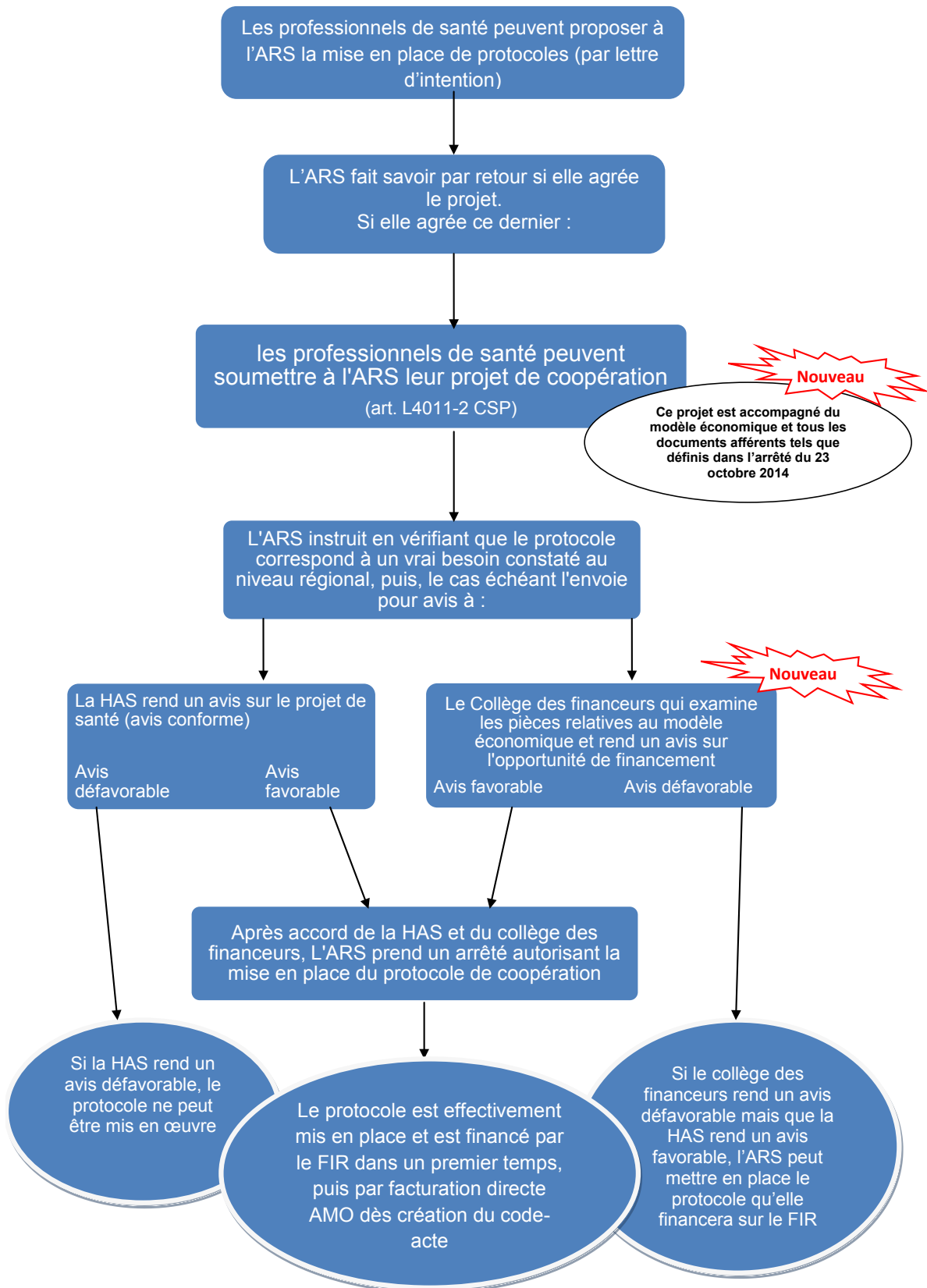
P. RICORDEAU

*Le directeur de la sécurité sociale,*

T. FATOME

ANNEXE I

PROCÉDURE DE DÉLIVRANCE D'UNE AUTORISATION DE PROTOCOLE



ANNEXE II

MODÈLE ÉCONOMIQUE D'UN PROTOCOLE DE COOPÉRATION  
PRÉSENTÉ EN COLLÈGE DES FINANCEURS

**Exemple type**

Les activités réalisées par les professionnels paramédicaux suivant ce protocole sont :

- acte 1: description des actes réalisés;
- acte 2: description des actes réalisés.

Ces activités sont réalisées par un professionnel paramédical, en lien avec un médecin, pour deux cents patients par an. Les protocoles se répartissent de la façon suivante :

- acte 1: 100 actes;
- acte 2: 100 actes.

Les actes ont une durée moyenne de 30 minutes pour les paramédicaux (15 minutes en moyenne pour les médecins). Le temps de travail délégué par un médecin est donc de 50 heures dans l'année, pour 100 heures de travail annuel réalisé par le professionnel paramédical.

Ces activités sont accompagnées d'une formation annuelle des professionnels paramédicaux (500 € par an et par professionnel).

Les éléments du modèle économique présentés au collège des financeurs peuvent se résumer de la façon suivante :

| COÛT DE LA COOPÉRATION   |                                 |                |            | DÉPENSES ÉVITÉES                               |  |                |                  |
|--------------------------|---------------------------------|----------------|------------|--|--|----------------|------------------|
|                          | Coût de l'acte du professionnel | Nombre d'actes | Coût total | Actes inscrits dans le champ de la coopération | Coût de l'acte des professionnels médicaux | Nombre d'actes | Dépenses évitées |
| Acte 1                   | 20 €                            | 100            | 2 000 €    | Activité 1                                     | 30 €                                       | 100            | 3 000 €          |
| Acte 2                   | 10 €                            | 100            | 1 000 €    | Activité 2                                     | 15 €                                       | 100            | 1 500 €          |
| Formation annuelle 500 € |                                 |                |            |  |  |                |                  |
| TOTAL                    | 3 500 €                         |                |            | 4 500 €  |  |                |                  |

D'après les estimations présentées, la coopération a un impact financier net de 1 000 € par protocole et par an.

## ANNEXE III

### COURRIER TYPE DE NOTIFICATION DES ENGAGEMENTS AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ ADHÉRANT AUX PROTOCOLES RELATIFS AU BILAN VISUEL RÉALISÉ PAR UN ORTHOPTISTE DANS LE CADRE DU RENOUELEMENT / ADAPTATION DES CORRECTIONS OPTIQUES

Vous avez présenté une demande d'adhésion aux protocoles de coopération relatifs à la réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement / adaptation des corrections optiques chez les adultes de 16 à 50 ans et chez l'enfant de 6 à 15 ans. Après examen, votre adhésion est autorisée.

Ces protocoles, dont l'objectif est de réduire les délais de rendez-vous pour le renouvellement/adaptation des corrections optiques tout en optimisant la charge de travail de l'ophtalmologiste, font l'objet d'une autorisation de financement à titre dérogatoire par l'assurance maladie, du 1<sup>er</sup> janvier 2015 jusqu'au 31 décembre 2016.

Vous trouverez ci-dessous des précisions sur les rôles respectifs des professionnels adhérents, de l'ARS et de la CPAM, en ce qui concerne leur financement et leur évaluation.

#### 1. Références législatives et réglementaires

Arrêté du 23 octobre 2014 modifiant l'arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé.

Avis favorable rendu par la Haute Autorité de santé le 6 mars 2013 sur les deux protocoles de coopération Ophtalmologiste/orthoptiste.

Avis favorable du collège des financeurs du 19 décembre 2014.

Arrêté du 12 janvier 2015 autorisant le financement dérogatoire de protocoles de coopération entre professionnels de santé.

Arrêté ARS-XXX du XXX autorisant la mise en œuvre dans la région XXX des protocoles de coopération relatifs à la « réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez les adultes de 16 à 50 ans » et à la « réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez l'enfant de 6 à 15 ans ».

#### 2. Modalités de paiement des professionnels de santé

Conformément au modèle économique du protocole soumis à l'avis du collège des financeurs, les professionnels adhérents sont rémunérés sur la base d'un montant forfaitaire de 23 € versé à l'ophtalmologiste pour la totalité des actes effectués par l'ophtalmologiste et l'orthoptiste salarié (bilan et interprétation différée). Il s'agit d'un tarif opposable (pas de dépassement autorisé) et facturé en tiers payant. La prise en charge est effectuée à 100 % par l'assurance maladie obligatoire.

L'acte coté par les professionnels correspond au code « RNO » qui est créé par l'UNCAM de façon dérogatoire aux dispositions de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, relatives aux modalités d'inscription sur la liste des actes et prestations.

La facturation de cet acte par les professionnels de santé est conditionnée à leur enregistrement auprès de l'ARS. La facturation s'effectue *via* la carte CPS de l'ophtalmologiste.

#### 3. Contrôle des conditions de mise en œuvre

Une vérification sur place des conditions de mise en œuvre du protocole de coopération sera réalisée par l'ARS au plus tard avant la fin du premier semestre de la mise en place du protocole. L'ARS ou la CPAM pourront effectuer, à tout moment, sur pièces ou sur place le contrôle du respect des conditions de facturation des actes et la vérification des éléments nécessaires à l'évaluation du dispositif.

#### 4. Suivi coordonné de la mise en œuvre

Le suivi du programme est placé sous la responsabilité du directeur général de l'agence régionale de santé.

À la fin du premier semestre 2016 au plus tard, le professionnel de santé s'engage à transmettre à l'ARS les éléments suivants, qui sont nécessaires à l'évaluation du protocole :

- part de patients suivis dans le cadre du protocole sur le nombre de patients éligibles ;

- évolution du nombre de patients reçus par l'ophtalmologiste depuis le début du protocole, dont la part de nouveaux patients (c'est-à-dire des patients n'ayant pas fait l'objet d'une consultation par le professionnel durant les trois années précédant son adhésion au protocole);
- taux brut d'alertes du délégué au déléguant;
- taux d'EIG (tonométrie, corrections optiques non adaptées, pathologies non vues);
- délai médian d'obtention de rendez-vous avec le délégué (par sondage);
- durée médiane de prise en charge par le délégué (par sondage);
- pourcentage de patients convoqués par l'ophtalmologiste au vu des résultats du bilan et donc avant de faire l'ordonnance.

La transmission est optionnelle pour ces indicateurs prévus dans les protocoles :

- délai de rendez-vous pour ces patients reconvoqués;
- taux de nouvelles corrections optiques non adaptées et nécessitant un bilan par l'ophtalmologiste;
- taux de bilan comportant une erreur (erreur de mesure de la réfraction ou erreur en saisissant le bilan);
- taux d'envoi des ordonnances dans un délai inférieur ou égal à 8 jours.

L'ARS, en lien avec la CPAM, réunit semestriellement les professionnels de santé qui le souhaitent pour évaluer le déploiement des protocoles, les difficultés rencontrées ou procéder à des partages d'expérience.

Un comité de pilotage régional, qui associe l'ARS, la CPAM et des représentants des professionnels de santé concernés, définit les orientations à donner au déploiement, établit la synthèse régulière de son avancée en région et remonte les informations au niveau national.

#### **5. Secret professionnel**

Les professionnels de santé engagés dans les protocoles, ainsi que toutes les personnes qui auront participé au programme sont tenus au secret professionnel pour tout ce qui a trait aux renseignements et documents qu'ils auront pu recueillir au cours de leurs travaux.

Les services de l'ARS et de l'assurance maladie se tiennent à votre disposition pour toute demande de renseignements complémentaires.

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

*Le directeur de la caisse primaire  
d'assurance maladie*

## SANTÉ

### PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

*Direction générale de l'offre de soins*

Sous-direction de la régularisation  
de l'offre de soins

Bureau du premier recours (R2)

*Direction de la sécurité sociale*

Sous-direction du financement  
du système de soins

Bureau des relations  
avec les professionnels de santé

Caisse nationale d'assurance maladie  
des travailleurs salariés

*Direction de l'offre de soins*

Département  
des professions de santé

#### **Instruction DGOS/R2/DSS/1B/CNAMTS n° 2015-193 du 9 juin 2015 relative à l'organisation de la permanence des soins dentaires**

NOR : AFSH1513792J

Validée par le CNP le 13 mai 2015. – Visa CNP 2015-80.

*Catégorie*: mesures d'organisation des services retenues par le ministre pour la mise en œuvre des dispositions dont il s'agit.

*Résumé*: modalités d'organisation de la permanence des soins dentaires.

*Mots clés*: permanence des soins dentaires.

*Références*:

Code de la santé publique, notamment les articles L. 1435-8 et R. 4127-245;

Décret n° 2015-75 du 27 janvier 2015 relatif à l'organisation de la permanence des soins des chirurgiens-dentistes en ville et des médecins des centres de santé;

Avenant n° 2 à la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie signé le 16 avril 2012 et publié au *Journal officiel* le 31 juillet 2012.

*La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes  
à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de santé (pour application)*

Le décret du 27 janvier 2015 relatif à l'organisation de la permanence des soins des chirurgiens-dentistes de ville et des médecins dans les centres de santé, vise à mettre en place sur l'ensemble du territoire national un dispositif de permanence des soins des chirurgiens-dentistes de ville.

L'organisation de ce dispositif vous est confiée.

L'objet de cette instruction est de vous apporter des précisions sur ce nouveau cadre réglementaire ainsi que ses modalités de mise en œuvre.

## **1. les principes organisationnels de la permanence des soins dentaires**

### *1.1. Champ d'application*

La permanence des soins dentaires est assurée, dans le cadre de leurs obligations déontologiques, par :

- les chirurgiens-dentistes libéraux ;
- les chirurgiens-dentistes collaborateurs, libéraux et salariés ;
- les chirurgiens-dentistes salariés des centres de santé.

Elle est organisée dans chaque département les dimanches et les jours fériés dans des conditions fixées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé.

Pour leur participation, les chirurgiens-dentistes libéraux perçoivent une rémunération forfaitaire et à l'activité sur la base de l'avenant n° 2 à la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance maladie signé le 16 avril 2012. Contrairement au dispositif de PDSA (médecine générale), ce paiement est entièrement assuré par la CPAM, sans intervention particulière de l'ARS (voir point 3 relatif à la rémunération).

### *1.2. Modalités opérationnelles de fonctionnement*

La gestion des tours des gardes, sur la base d'un tableau de permanence établi pour chaque secteur, est confiée au conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes, qui assure déjà ce rôle aujourd'hui.

Ce tableau précisera le nom et le lieu de dispensation des actes de chaque chirurgien-dentiste. Dix jours au moins avant sa mise en œuvre, ce tableau vous sera transmis par le conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes pour information. Le conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes le transmettra également aux caisses d'assurance maladie, chargées du paiement des rémunérations prévues par l'avenant n° 2 de la convention nationale. Il sera enfin transmis au service d'aide médicale urgente, à l'association départementale ou régionale de régulation libérale, ainsi qu'aux chirurgiens-dentistes et centres de santé inscrits sur ce tableau.

## **2. Modalités de mise en œuvre du décret dans les régions et rôle des ARS**

L'organisation de la permanence des soins dentaires est fixée par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé qui doit préciser *a minima* les éléments suivants :

- le périmètre des secteurs ;
- les horaires sur lesquels s'exerce la permanence des soins dentaires dans chaque secteur ;
- les modalités d'accès par la population au praticien de garde.

### *2.1. Diagnostic préalable*

Pour construire le dispositif régional de permanence des soins dentaires, vous vous appuyerez sur le diagnostic préalable des organisations actuellement en place et des besoins de la population :

Ce diagnostic permettra d'identifier :

- l'état de la démographie (caractéristique de la population, nombre de praticiens en exercice, etc.) ;
- les forces et faiblesses des réponses déjà organisées ;
- l'analyse de l'activité de permanence des soins par tranche horaire, nombre moyen d'actes, typologie des recours, nombre de garde/professionnels de santé, etc.

Le diagnostic s'appuiera sur les données de l'environnement, le rôle et la répartition géographique des établissements de santé offrant une prise en charge non programmée aux demandes de soins dentaires.

### *2.2. Le périmètre des secteurs*

En construisant les secteurs géographiques de garde, vous veillerez à tenir compte de plusieurs facteurs :

- l'organisation actuellement en place et les éléments de diagnostic. À cet égard, il est recommandé de procéder à une actualisation du diagnostic territorial sur la base des secteurs existants ;
- l'éventuelle offre hospitalière en matière dentaire (PDSES) existant dans le secteur, afin d'éviter les redondances dans les organisations, dont la complémentarité sera recherchée.



### 2.3. Les horaires sur lesquels s'exerce la permanence des soins dentaires

Le décret prévoit une organisation du dispositif sur les journées du dimanche et des jours fériés. Vous déterminerez les horaires de garde des chirurgiens-dentistes sur la base des données d'activité par tranche horaire issues du diagnostic et avec l'objectif d'assurer une disponibilité de l'offre de soins dentaires non programmée adaptée à la demande de soins.

### 2.4. Les modalités d'accès par la population au praticien de garde

Le cadre réglementaire n'impose pas la mise en place d'un système de régulation téléphonique spécifique pour l'accès de la population au service des gardes dentaires.

Il vous reviendra de définir les modalités d'accès au dentiste de garde en fonction des spécificités locales et des secteurs (répondeur du conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes, affichage en mairie, voie de presse, site de l'ARS, passage préalable des patients par le commissariat de gendarmerie ou la police, régulation AMU ou PDSA le cas échéant, etc.), en concertation avec les représentants de l'ensemble des acteurs concernés.

Une fois ce choix arrêté, votre attention est appelée sur l'importance d'une communication grand public adaptée, visant à faire connaître à la population les moyens pour accéder aux coordonnées des chirurgiens-dentistes dans les différents secteurs.

Enfin, il est rappelé que le décret prévoit la transmission par le conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes des tableaux de garde à la régulation du SAMU et à la régulation de PDSA afin qu'elles soient en mesure de procéder à l'orientation des appels reçus et relevant d'une prise en charge dentaire.

### 2.5. Suivi du dispositif

Pour en assurer le suivi, l'arrêté portant organisation de la permanence des soins dentaires comportera des dispositions relatives aux modalités d'évaluation du dispositif, *via* la mise en place d'indicateurs de suivi du fonctionnement et d'activité. Elaborées en association avec les CPAM, elles préciseront les conditions de mise à disposition des données d'activité issues du SNIIRAM vers l'ARS.

La remontée des dysfonctionnements auprès de l'ARS et le partage de ces informations seront également organisés.

Ces éléments d'évaluation pourront utilement faire l'objet d'un travail de concertation avec les représentants des professionnels concernés, notamment au sein du CODAMUPS-TS.

### 2.6. Consultations obligatoires et révisions

Une fois l'arrêté portant organisation de la permanence des soins dentaires dans votre région élaboré et concerté, il devra faire l'objet d'une consultation formelle obligatoire auprès du conseil régional de l'ordre des chirurgiens-dentistes.

Les dispositions spécifiques à chaque département seront, quant à elles, soumises à l'avis du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS) concerné.

Ces avis simples seront réputés rendus en cas de silence de plus d'un mois suivant la saisine.

L'absence de ces consultations entacherait d'irrégularité l'arrêté.

Les révisions ultérieures de l'arrêté, qui interviendront en tant que de besoin en fonction de l'évolution des besoins, seront soumises à la même procédure.

Il vous est recommandé d'associer et de concerter largement l'ensemble des acteurs impliqués, au premier rang desquels les organisations représentatives des chirurgiens-dentistes localement, afin de garantir la réussite de cette nouvelle organisation qui s'inscrit pleinement dans la continuité du dispositif précédent.

## 3. La rémunération des praticiens participant à la permanence des soins dentaires

L'article 2 ainsi que l'annexe V de l'avenant n° 2 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes, instaurent deux types de rémunérations pour le chirurgien-dentiste libéral<sup>1</sup> participant à la permanence des soins dentaires :

- une rémunération de l'astreinte : 75 € par demi-journée d'astreinte ;

---

<sup>1</sup> La rétribution du collaborateur salarié pour sa participation au dispositif relève du contrat de collaboration salariée conclu avec le chirurgien-dentiste libéral employeur.

- une majoration spécifique des actes : 30 €.

Le forfait de 75 € couvre la rémunération d'une garde d'une durée de 3 à 4 heures consécutives ou non consécutives<sup>2</sup>.

La rémunération des chirurgiens-dentistes salariés des centres de santé est conditionnée à la reprise, dans l'accord national des centres de santé, de dispositions similaires à celles de l'avenant n° 2 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes libéraux prévoyant une rémunération des professionnels participant à cette permanence des soins dentaires, qui pourraient être adoptées à l'issue des négociations conventionnelles en cours. Ainsi, dans cette attente, seuls les chirurgiens-dentistes libéraux pourront percevoir la rémunération mentionnée ci-dessus au titre de la participation à la permanence des soins dentaires.

L'ARS n'intervient pas dans le circuit de paiement. Le service fait et la liquidation sont effectués par les CPAM dans les conditions définies par lettre-réseau de l'assurance-maladie.

Le financement des astreintes, comme des actes, est assuré sur le risque.

Afin de procéder au paiement, les CPAM devront notamment croiser les demandes d'indemnisation émanant des praticiens avec le contenu des tableaux de garde transmis par les conseils départementaux de l'ordre des chirurgiens-dentistes et avec le contenu de l'arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé définissant la sectorisation et les horaires de permanence des soins.

À cette fin, il est demandé aux ARS de transmettre aux CPAM :

- l'arrêté initial de permanence des soins dentaires ;
- tout nouvel arrêté modifiant les conditions d'exercice de la permanence des soins dentaires.

#### 4. Entrée en vigueur

Sauf mention contraire dans l'arrêté, le dispositif entrera en vigueur dans votre région le lendemain de la date de publication de l'arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé portant organisation de la permanence des soins dentaires. Il vous est demandé de travailler à l'élaboration de vos organisations en vue d'une entrée en vigueur dès que possible et au plus tard dans les six mois suivants la publication de la présente instruction.

Afin d'assurer le suivi de ce déploiement, il vous est demandé de transmettre votre arrêté, une fois celui-ci publié, à l'adresse suivante : DGOS-R2@sante.gouv.fr

Pour la ministre et par délégation :

*Le directeur de la sécurité sociale,*  
T. FATOME

*Le directeur général de l'offre de soins,*  
J. DEBEAUPUIS

*Le directeur général  
de la Caisse nationale d'assurance maladie  
des travailleurs salariés,*  
N. REVEL

*Le secrétaire général  
des ministères chargés des affaires sociales,*  
P. RICORDEAU

---

<sup>2</sup> À titre d'illustration, relèverait ainsi du forfait de 75 € l'astreinte d'une durée totale de 4 heures fractionnée dans la même journée selon les horaires suivants : 9 h-11 h/14 h-16 h.

Si, après une première garde de 3 à 4 heures, une autre période de garde de 3 à 4 heures est couverte par le chirurgien-dentiste au cours de la même journée, la rémunération sera alors la suivante : 2x75 euros. (Le réseau des CPAM est informé par la CNAMTS de cette modalité d'application de l'avenant conventionnel.)

## SANTÉ

### ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

*Direction générale de l'offre de soins*

Sous-direction du pilotage  
de la performance des acteurs  
de l'offre de soins

Bureau qualité et sécurité des soins  
(PF2)

**Instruction DGOS/PF2 n° 2015-200 du 15 juin 2015 relative aux résultats de l'enquête nationale sur l'organisation de la traçabilité sanitaire des dispositifs médicaux implantables dans les établissements de santé des secteurs publics et privés, titulaires d'activités de médecine, chirurgie et obstétrique**

NOR : AFSH1514307J

*Date d'application* : immédiate.

Validée par le CNP le 29 mai 2015. – Visa CNP 2015-96.

*Catégorie* : mesures d'organisation des services retenues par la ministre pour la mise en œuvre des dispositions dont il s'agit.

*Résumé* : la présente instruction a pour objet de rappeler les enjeux et les obligations réglementaires en matière de traçabilité sanitaire. Elle propose des recommandations suite aux résultats de l'enquête nationale menée en 2014.

*Mots clés* : établissements de santé – pharmacies à usage intérieur – dispositifs médicaux implantables – traçabilité sanitaire – règles particulières de la matériovigilance – enquête nationale.

*Références* :

Recommandation de la Commission du 5 avril 2013 relative à un cadre commun aux fins d'un système d'identification unique des dispositifs médicaux dans l'Union (*JOUE* du 9 avril 2013);

Code de la santé publique, notamment ses articles L. 5212-3 et R. 5212-36 à R. 5212-42;

Arrêté du 26 janvier 2007 relatif aux règles particulières de la matériovigilance exercée sur certains dispositifs médicaux, pris en application de l'article L. 5212-3 du code de la santé publique;

Instruction DSS/DGOS/DGS n° 2014-28 du 27 janvier 2014 relative à la déclaration par les établissements de santé des dispositifs médicaux implantables défectueux aux organismes de sécurité sociale;

Instruction DGOS/PF2 n° 2014-158 du 19 mai 2014 relative à la mise en œuvre d'une enquête nationale sur l'organisation de la traçabilité sanitaire des dispositifs médicaux implantables dans les établissements de santé des secteurs publics et privés, titulaires d'activités de médecine, chirurgie et obstétrique.

*Annexes* :

Annexe 1. – Circuit d'un dispositif médical en établissement de santé (EURO-PHARMAT).

Annexe 2. – Application informatique utilisée par la PUI pour la traçabilité sanitaire.

Annexe 3. – Répartition des logiciels métiers fournis par les éditeurs en fonction de leur fréquence d'utilisation par les PUI.

*La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes à Mesdames et Messieurs les préfets de région; Mesdames et Messieurs les préfets de département; Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé;*

*Mesdames et Messieurs les coordinateurs des observatoires des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT); Mesdames et Messieurs les directeurs des établissements de santé; Mesdames et Messieurs les pharmaciens gérants des pharmacies à usage intérieur.*

## CONTEXTE RÉGLEMENTAIRE

Les articles R. 5212-36 à R. 5212-42 du code de la santé publique (CSP) imposent aux établissements des règles de traçabilité sanitaire relatives à l'enregistrement, la conservation et la transmission des données de traçabilité pour certains dispositifs médicaux (DM), dont la liste est fixée par arrêté. Il s'agit essentiellement des dispositifs médicaux implantables (DMI), à l'exception des ligatures, sutures et dispositifs d'ostéosynthèse.

La traçabilité sanitaire s'inscrit dans le cadre de la matériovigilance, et doit permettre de pouvoir identifier rapidement:

- les patients pour lesquels les dispositifs médicaux d'un lot ont été utilisés;
- les lots dont proviennent les dispositifs médicaux utilisés chez un patient.

## ENJEUX DE LA TRAÇABILITÉ SANITAIRE DES DMI

Ces exigences de traçabilité sanitaire s'appliquent d'autant plus aux DMI que leur caractère implantable engage un profil de risque particulier pour la sécurité des patients.

Ces dispositifs sont en effet prévus pour rester en contact physique avec le corps pendant une durée prolongée voire durant toute la vie du patient. Des incidents peuvent survenir durant cette période, nécessitant d'identifier rapidement la dénomination, le numéro de lot ou de série du dispositif incriminé, parfois de nombreuses années après sa pose. Il est par ailleurs important de pouvoir identifier les patients porteurs d'un DMI incriminé, en particulier lorsqu'une prise en charge médicale est nécessaire, du simple suivi jusqu'à son explantation systématique. Elle s'impose aussi au regard des dispositions rappelées dans l'instruction n° DSS/DGOS/DGS n° 2014/28 du 27 janvier 2014 relative à la déclaration par les établissements de santé des dispositifs médicaux implantables défectueux aux organismes de sécurité sociale.

Or la multiplicité des étapes, des acteurs et des circuits des DMI au sein des établissements (DMI gérés en achat, en dépôt permanent ou en prêt), associée à la difficulté d'intégration des systèmes d'informations hospitaliers complexifient la mise en œuvre de la traçabilité sanitaire dans les établissements. Le circuit des DMI en établissement de santé est représenté en annexe 1.

Dans ce contexte, une enquête nationale a été lancée par la DGOS en mai 2014 par voie d'instruction. L'objectif était d'évaluer la qualité de la mise en œuvre de la traçabilité sanitaire dans les établissements de santé (fiabilité, exhaustivité et accessibilité des données enregistrées), au travers des pratiques et modes d'organisation adoptés.

## MODALITÉS DE L'ENQUÊTE NATIONALE ET PRINCIPAUX RÉSULTATS

Cette enquête, sous forme de questionnaire transmis par les observatoires des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT), a ciblé les pharmacies à usage intérieur (PUI) des établissements de santé (ES) publics et privés, titulaires d'activités de médecine, chirurgie et obstétrique, et assurant la pose de DMI soumis à traçabilité sanitaire. Les résultats de l'enquête par région ont été transmis aux OMEDIT afin que chaque établissement puisse se situer du point de vue de ses modalités de mise en œuvre de la traçabilité sanitaire.

94 % des établissements ciblés par les OMEDIT ont répondu à l'enquête, correspondant à l'analyse de 875 questionnaires. La répartition par statut juridique fait apparaître 43 % d'établissements publics de santé (EPS), 11 % d'établissements de santé privés à but non lucratif (EBNL) et 46 % d'établissements de santé privés à but lucratif (EBL).

## PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE NATIONALE ET RAPPEL DES OBLIGATIONS RÉGLEMENTAIRES

### 1. Système documentaire

*Article R. 6111-10 du CSP:* Une liste des dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est préconisée dans l'établissement est élaborée par la commission médicale d'établissement ou la conférence médicale d'établissement.

*Résultats:* Dans 65 % des établissements répondeurs, il existe une liste actualisée des DMI soumis aux règles de traçabilité sanitaire (70 % des EBL, 67 % des EBNL et 59 % des EPS).

*Article R. 5212-37 du CSP:* Une procédure écrite validée par le responsable légal de l'établissement décrit les modalités de recueil, conservation et accessibilité des données de traçabilité.

*Résultats:* Une procédure décrivant les modalités d'enregistrement de la traçabilité sanitaire des DMI est établie dans 64 % des ES (79 % des EBL, 61 % des EBNL et 48 % des EPS).

*Article R. 5212-42 du CSP:* Un document est remis au patient à l'issue des soins mentionnant certaines informations de traçabilité.

*Résultats:* 45 % des établissements disposent d'un document-type de traçabilité à remettre au patient (51 % des EBNL, 50 % des EBL et 38 % des EPS).

### 2. Traçabilité de la délivrance du DMI

*Article R. 5212-38 du CSP:* Le pharmacien chargé de la gérance de la PUI assure l'enregistrement et la transmission au service utilisateur des données relatives à la délivrance du DM, notamment son identification par numéro de lot ou de série.

*Résultats:* Respectivement 18 et 19 % des PUI déclarent ne pas tracer le numéro de lot avant la livraison aux services utilisateurs pour les DMI en circuit d'achat ou de dépôt permanent. Cette situation est encore plus préoccupante dans le cas des DMI en prêt dans la mesure où elle concerne 48 % des ES. Les résultats présentés par statut juridique montrent des tendances similaires.

L'analyse détaillée montre que, lorsqu'elle est effectuée lors de la délivrance, la traçabilité est assurée préférentiellement sur support informatique pour les DMI en achat (74 %) et en dépôt permanent (72 %) alors que le support papier prédomine pour les prêts de DMI (31 %).

De plus, 27 % des PUI ayant déclaré l'enregistrement informatique de la délivrance utilisent un lecteur de codes à barres.

Parmi les PUI effectuant l'enregistrement informatique de la délivrance, 60 % d'entre elles saisissent le numéro de lot dans un référentiel partagé avec les services utilisateurs.

Enfin, 14 % des PUI effectuent le ré-étiquetage de l'ensemble des DMI gérés par l'établissement. Pour 6 % des PUI, cette pratique ne concerne que certains DMI ciblés.

### 3. Traçabilité de l'utilisation du DMI

*Article R. 5212-39 du CSP:* Le service utilisateur complète les informations qui lui ont été transmises, notamment par l'enregistrement de l'identité du patient.

*Résultats:* L'enregistrement de la pose est assuré par le service utilisateur dans seulement 33 à 42 % des cas selon le mode de gestion. La saisie informatique est en majorité effectuée par la PUI, *a posteriori* de l'acte de pose (47 à 56 % des cas). Cette pratique concerne principalement le secteur public et les DMI en gestion temporaire.

### 4. Accès à une base de données

*Article R. 5212-36 du CSP:* La matériovigilance comporte des règles de traçabilité sanitaire depuis leur réception jusqu'à leur utilisation chez le patient, qui permettent d'identifier rapidement:

- les patients pour lesquels les DM d'un lot ont été utilisés;
- les lots dont proviennent les DM utilisés chez un patient.

*Résultats:* En termes d'accès à une base de traçabilité sanitaire permettant de retrouver rapidement les informations de traçabilité, 80 % des PUI disposent d'un accès pour tous les DMI concernés, 11 % déclarent un accès pour une partie des DMI concernés et 9 % n'ont pas accès à une telle base de données.

*Programme Hôpital numérique:* L'utilisation d'un référentiel unique d'identité des patients pour l'ensemble des applications du système d'information hospitalier (SIH) constitue l'indicateur P1.1 de ce programme.

*Résultats:* Les informations sur l'identité des patients contenues dans la base de données de traçabilité sont alimentées et mises à jour automatiquement à partir du référentiel d'identité des malades pour 78 % des PUI.

Par ailleurs, la diversité des applications informatiques (annexe 2) et des logiciels métiers (annexe 3) utilisés par la PUI reflète une forte fragmentation de l'offre industrielle.

## 5. Autres rappels de la réglementation

*Article R. 5212-37 du CSP:* Les données à enregistrer doivent être conservées pendant une durée de dix ans, portée à quarante ans pour les DM incorporant une substance considérée isolément comme un médicament dérivé du sang.

*Article R. 5212-40 du CSP:* Une partie des informations enregistrées est retrouvée dans le dossier médical du patient.

## RECOMMANDATIONS

### 1. Recommandations générales

Assurer de préférence, la traçabilité sanitaire des DMI sur un support informatique dont la recherche des données de traçabilité sera garantie selon l'évolution du support et du logiciel utilisé (voir aussi, recommandations relatives au SIH).

Chaque fois que cela est possible, saisir les données de traçabilité (dénomination, numéro de lot ou de série du DMI, identité du patient,...) par la lecture optique de codes à barres ou autre lecteur adapté au support d'information (RFID), *a minima* avant la délivrance au service utilisateur. Afin de fiabiliser les données de traçabilité, limiter le recours à la saisie manuelle des données autant que de possible.

Réaliser la traçabilité en temps réel et à chaque étape du circuit du dispositif, c'est-à-dire :

- par la PUI: enregistrement du DMI lors de la délivrance (dénomination, numéro de lot ou de série, date de délivrance et identification du service utilisateur);
- par le service utilisateur: enregistrement du patient lors de l'utilisation (identification du patient, date d'utilisation et nom du praticien utilisateur);
- l'attribution d'un DMI à un patient ne peut se faire que sur des données enregistrées par la PUI.

Dédier des moyens humains à la mise en œuvre de la traçabilité sanitaire, aussi bien pour la saisie des informations (réception, délivrance, utilisation, gestion des DMI périmés, retours aux fournisseurs...) que pour leurs contrôles (contrôle continu des données saisies, inventaires, audits, contrôle des stocks,...).

Mettre en place une organisation interne pour :

- engager une meilleure communication entre les différents acteurs intervenant dans le circuit du DMI en identifiant:
  - un « référent traçabilité sanitaire » dans chaque unité de soins réalisant des poses de DMI;
  - un préparateur en pharmacie référent par service utilisateur;
- effectuer des contrôles sous forme:
  - de suivi continu des données enregistrées tout au long du circuit du DMI (PUI et services de soin);
  - d'inventaires périodiques menés au niveau de la PUI et des services utilisateurs avec contrôle des dénominations, numéros de lot ou de série et vérification de la correspondance entre les stocks physiques et informatiques;
  - d'audits réguliers au niveau des services utilisateurs afin de vérifier la présence des informations de traçabilité (et notamment la dénomination, le numéro de lot ou de série du DMI posé) dans les dossiers médicaux des patients.

Le cas échéant, ces contrôles devront mener à la mise en place d'actions correctives. Par la suite, un suivi de ces mesures devra être effectué.



Former périodiquement les acteurs à la traçabilité, en termes de sécurité sanitaire et de traçabilité financière. Cette formation s'intègre dans un plan de formation pluriannuel défini par la direction de l'établissement. Elle s'impose pour tous les nouveaux arrivants ou lors de la mise en place d'une nouvelle procédure ou mode opératoire.

Développer et suivre un tableau de bord recensant le nombre d'implants périmés, dé-stérilisés, perdus de vue ou en échec de pose. La supervision du tableau pourrait être confiée au correspondant local de matériovigilance, en fonction de l'organisation propre à chaque établissement.

Intégrer dans le système documentaire, outre les éléments réglementaires rappelés ci-dessus, une procédure validée et actualisée relative :

- aux conditions de conservation ou d'élimination des DMI explantés;
- à l'organisation du circuit des DMI gérés en circuit particulier (dépôt, prêt, essai). Cette procédure devra décrire la mise en quarantaine et le retour aux fournisseurs.

## 2. Recommandations relatives au système d'informations hospitalier (SIH)

Afin d'atteindre les objectifs de fiabilité, exhaustivité et accessibilité des données de traçabilité enregistrées, les établissements de santé sont amenés à :

- prévoir un SIH permettant de répondre aux obligations du décret du 29 novembre 2006 : la PUI enregistre les données entrantes relatives au DMI (dénomination, numéro de lot ou de série, nom du fabricant ou du mandataire, date de délivrance, identification du service utilisateur) et les transmet lors de la délivrance du DMI au service utilisateur. Lors de l'utilisation du DMI, celui-ci complète les données par l'identification du patient, la date d'utilisation et le nom du praticien utilisateur;
- privilégier les SIH de production de soins conçus selon une logique « processus » par rapport à ceux conçus selon une logique « métier »;
- utiliser un référentiel des DMI unique et partagé avec l'ensemble des applications informatiques de la PUI (traçabilité financière, processus logistiques) et des applications informatiques concernées des services utilisateurs, ceci permettant d'éviter la saisie des données à plusieurs reprises. Le recours à la nomenclature GMDN utilisée par les fabricants est une solution potentielle, mais il importe prioritairement que cette nomenclature soit partagée entre les différents acteurs du système dans l'établissement; à défaut : les différents logiciels métiers déjà mis en place seront interfacés afin d'assurer leur interopérabilité;
- utiliser un référentiel unique d'identité des patients pour l'ensemble des applications du SIH (indicateur P1.1 du programme Hôpital numérique);
- arrêter l'utilisation de fichiers bureautiques du type Excel<sup>®</sup> ou Access<sup>®</sup> pour l'enregistrement des données de traçabilité. En effet, ces supports ne répondent ni aux exigences du programme Hôpital numérique (rapatriement de l'identité du patient sans ressaisie) ni aux exigences de sécurité et d'interopérabilité requises pour la mise en œuvre d'une traçabilité sanitaire fiable et partagée;
- favoriser le recours à des lecteurs de codes à barres, lorsque cela est possible;
- conserver les données sur un support qui en permet l'exploitation;

À court terme, la mise en œuvre de ces recommandations doit permettre de savoir exactement et rapidement quels dispositifs ont été implantés chez quels patients, *a fortiori* en cas de rappel de lot. De plus, il faut à tout moment connaître la localisation d'un implant non posé, de manière à procéder au retrait de lot et à la mise en quarantaine immédiatement en cas de rappel ou de signalement d'incident. L'accessibilité à ces informations doit être immédiate pour le correspondant local de matériovigilance.

À plus long terme, la mise en œuvre de ces recommandations permettra l'anticipation de la mise en place progressive de l'identifiant unique des dispositifs médicaux (IUD) tel que prévu par le règlement européen, qui devrait imposer l'enregistrement de l'IUD dans les établissements. Ainsi, le choix d'un SIH adapté, l'utilisation d'un référentiel des DMI unique et partagé ou encore le recours à des lecteurs de codes à barres sont autant de mesures qui faciliteront l'adaptation des établissements aux nouvelles exigences européennes.

Enfin, il est proposé d'intégrer certaines clauses lors des procédures d'appels d'offres de DMI afin de faire pression auprès des opérateurs économiques. Le cahier des charges pourrait exiger la présence des codes à barres sur l'ensemble des conditionnements, la conformité à des standards de codification (GS1 par exemple) et une lisibilité effective.

### 3. Outils disponibles

Des outils sont mis à la disposition des établissements de santé :

- le guide « traçabilité des Dispositifs Médicaux » publié par EURO-PHARMAT en 2007 disponible sur le site [www.euro-pharmat.com](http://www.euro-pharmat.com) ;
- l'outil « Diagnostic Dispositif Médicaux Stériles » développé par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) et disponible sur le site [www.anap.fr](http://www.anap.fr). Il permet de réaliser une auto-évaluation de leur circuit à trois échelons complémentaires (établissement, PUI et unités de soins) ;
- l'analyse globale des risques dans le circuit des dispositifs médicaux stériles: situations dangereuses et fiches d'action en réduction de risque, réalisé par EURO-PHARMAT accessible sur le site [www.euro-pharmat.com](http://www.euro-pharmat.com).

Pour la ministre et par délégation :

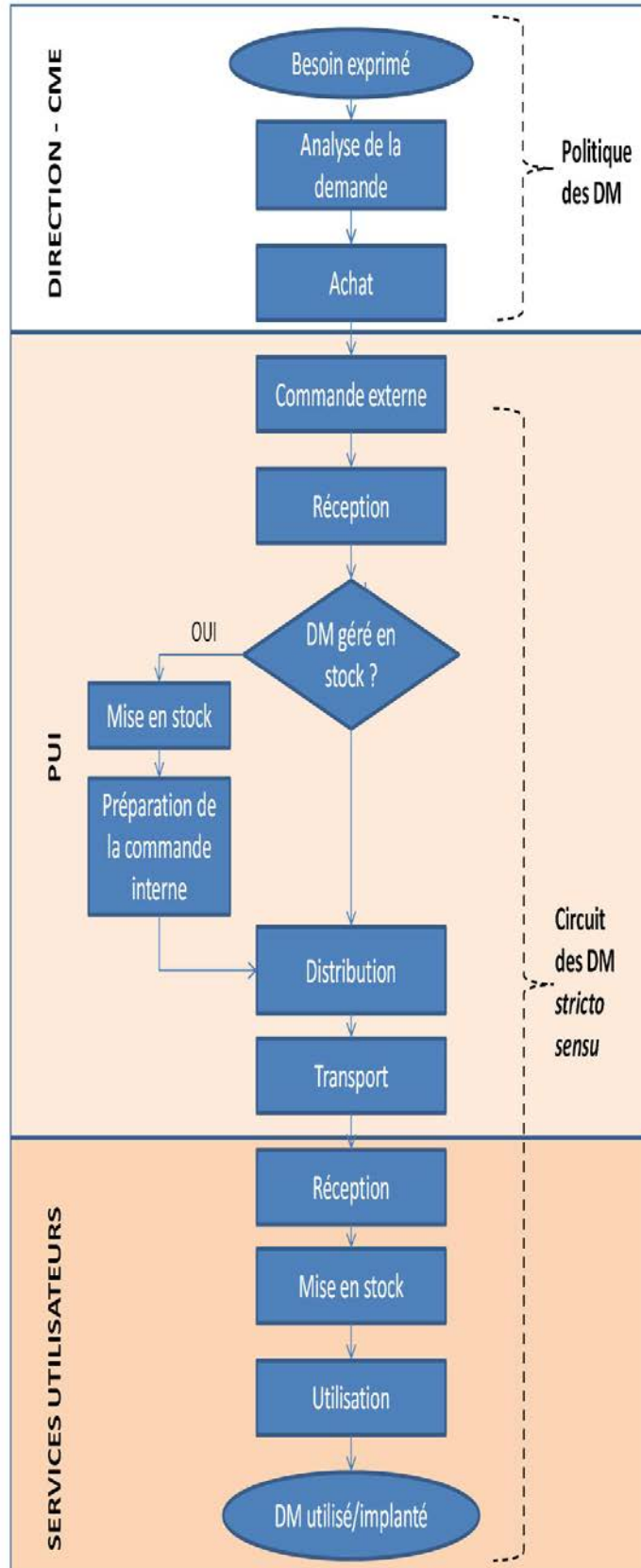
*Le directeur général de l'offre de soins,*  
J. DEBEAUPUIS

*Le secrétaire général  
des ministères chargés des affaires sociales,*  
P. RICORDEAU



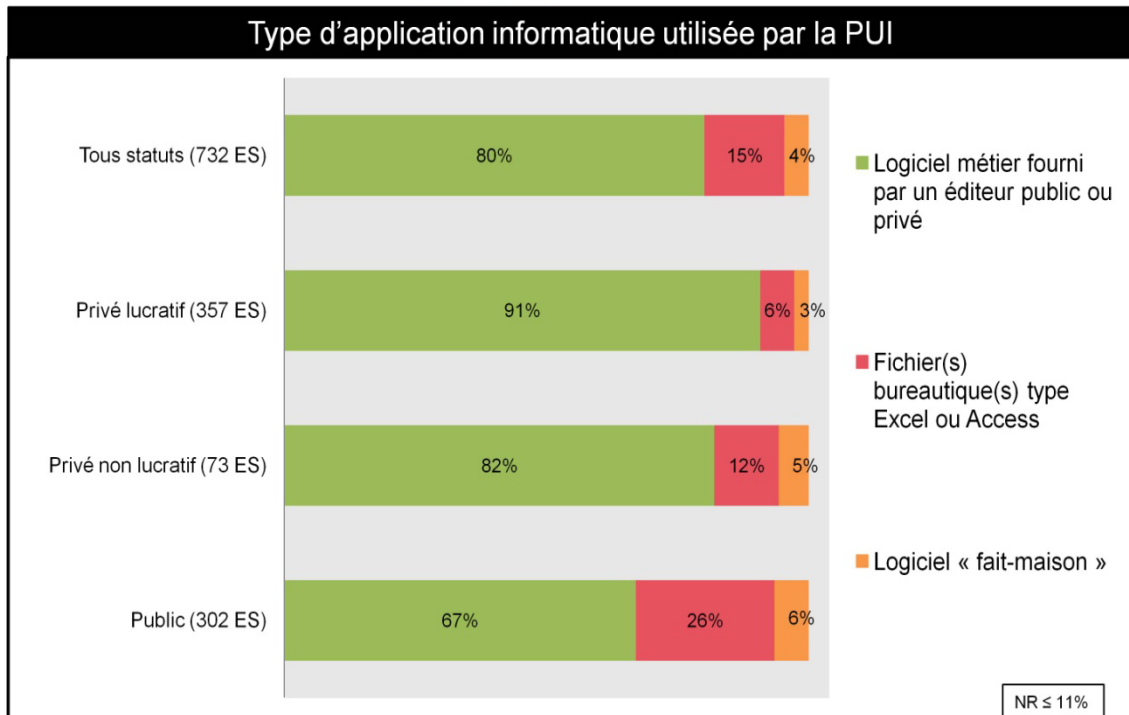
ANNEXE 1

CIRCUIT D'UN DISPOSITIF MÉDICAL EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ (EURO-PHARMAT)



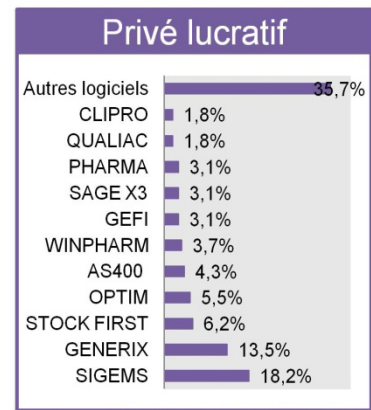
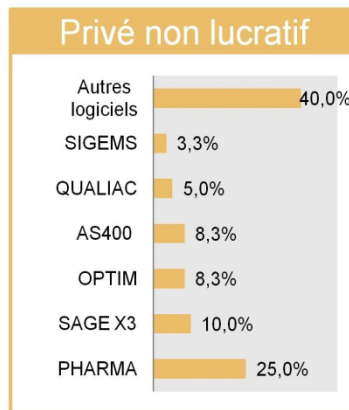
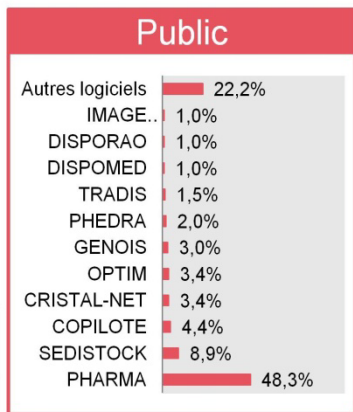
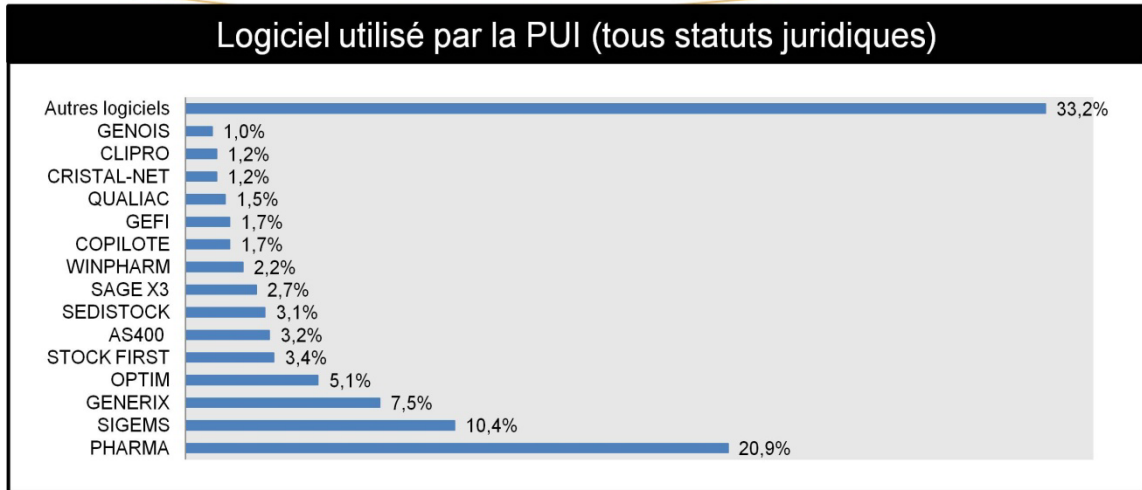
ANNEXE 2

APPLICATION INFORMATIQUE UTILISÉES  
PAR LA PUI POUR LA TRAÇABILITÉ SANITAIRE



ANNEXE 3

RÉPARTITION DES LOGICIELS MÉTIERS FOURNIS  
PAR LES ÉDITEURS EN FONCTION DE LEUR FRÉQUENCE D'UTILISATION PAR LES PUI



Direction générale de l'offre de soins

## SANTÉ

### ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

*Direction générale de l'offre de soins*

Sous-direction de la régularisation  
de l'offre de soins

Bureau des plateaux techniques  
et des prises en charge hospitalières aiguës

INCa  
Institut national du cancer

Pôle santé publique et soins

Département organisation  
et parcours de soins

#### **Instruction DGOS/R3 n° 2015-222 du 1<sup>er</sup> juillet 2015 relative à l'appel à projets auprès des ARS pour l'accompagnement de projets pilotes permettant de prendre en charge en chirurgie ambulatoire des patients atteints de cancer**

NOR : AFSH1515872J

Validée par le CNP le 12 juin 2015. – Visa CNP 2015-106.

*Catégorie* : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

*Résumé* : un appel à projets est lancé auprès des ARS afin de mettre en œuvre l'action 3.7 du Plan cancer 2014-2019 visant à accompagner des équipes chirurgicales autorisées à la chirurgie du cancer pour élaborer, mettre en œuvre, analyser et évaluer les projets organisationnels innovants permettant le développement de la chirurgie ambulatoire en cancérologie.

*Mots clés* : chirurgie ambulatoire – cancérologie – parcours de soins – plan cancer.

*Référence* :

Code de la santé publique notamment les articles L. 6122-1, R. 6122-25, R. 6123-86 à R. 6123-95, D. 6124-131 à D. 6124-134, D. 6124-91 à D. 6124-103 et D. 6124-301 à D. 6124-305.

*Annexes* :

Annexe 1. – Cahier des charges de l'appel à candidature.

Annexe 2. – Dossier de candidature type pour les établissements de santé.

*La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour attribution et diffusion).*

#### I. – OBJECTIFS DU TEXTE

Compte tenu de ses avantages notamment en termes de confort et de satisfaction du patient, le Plan cancer 2014-2019 prévoit qu'à l'échéance 2019, la prise en charge en chirurgie ambulatoire (CA) des patients atteints de cancer devrait particulièrement progresser. En intégrant les particularités liées au cancer, le recours à cette modalité de prise en charge nécessite non seulement une adaptation des organisations mais également une coordination renforcée des différents acteurs aux interventions très spécialisées.

Dans ce cadre, la DGOS lance, en lien avec l'INCa, un appel à projets visant à mettre en œuvre l'action 3.7 du Plan cancer 2014-2019 qui consiste à « soutenir la réorganisation des services pour le développement de la chirurgie ambulatoire avec une phase d'expérimentation et d'aide à la conduite du changement dans des sites pilotes dans un premier temps ». Cet appel à projets s'inscrit également dans le cadre du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire visant à étendre la chirurgie ambulatoire à des patients plus complexes et procédures plus lourdes.

Le soutien de ces « projets pilotes », d'une durée de deux ans, vise ainsi à accompagner les équipes chirurgicales autorisées à la chirurgie du cancer pour élaborer, mettre en œuvre, analyser et évaluer les projets organisationnels innovants permettant le développement de la CA en cancérologie en inscrivant cette séquence chirurgicale dans un parcours de soins construit avec l'ensemble des acteurs de la prise en charge.

Les enjeux de cet accompagnement sont multiples :

- pour les établissements porteurs de projets : repérer les freins et leviers liés à la conduite de leur projet (difficultés organisationnelles, techniques, d'évolution des pratiques professionnelles et des compétences, etc.), la contribution à l'élaboration de recommandations organisationnelles ainsi qu'à l'analyse de l'efficacité des organisations diffusables à l'échelle nationale ;
- pour les ARS : participer à la mise en œuvre de projets innovants structurant l'offre régionale ;
- pour le niveau national : contribuer aux travaux et aux réflexions menés dans le cadre du programme national de développement de la CA et adapter les plans d'actions.

C'est pourquoi il est essentiel d'en assurer une large diffusion en région.

La présente instruction a pour objet de présenter la procédure de sélection des projets pilotes, les modalités de suivi et d'évaluation de ces projets ainsi que le calendrier de la procédure.

## II. – PROCÉDURE DE SÉLECTION DES PROJETS PILOTES

Les ARS sont invitées à :

- transmettre la présente instruction et ses annexes aux établissements de santé en les invitant à faire acte de candidature, au plus tard le 10 juillet 2015 ;
- analyser :
  - la recevabilité des candidatures : seules sont recevables les demandes des établissements de santé disposant d'une ou de plusieurs autorisation(s) valable(s) de traitement du cancer pour la pratique de la chirurgie ;
  - la recevabilité des dossiers de candidatures : réception du dossier de candidature dans les délais, au plus tard le 15 octobre 2015 par voies postale et électronique et complétude du dossier ;
- élaborer et transmettre à la DGOS, copie à l'INCa, un avis motivé sur chaque projet en :
  - tenant compte des différents degrés de maturité des projets ;
  - examinant les éléments d'appréciation qui figurent dans le dossier de candidature de l'établissement aux points :
    - 6.1.1 : choix et justification de la ou des prise(s) en charge ciblée(s) ;
    - 6.1.2 : objectifs et modalités de réalisation du projet ;

En cas de besoin, des échanges entre les ARS et les établissements de santé candidats permettront d'apporter des précisions sur les projets soumis.

Les ARS transmettent les dossiers de candidatures jugés recevables accompagnés des avis motivés à la DGOS par voie électronique à l'adresse suivante : [DGOS-R3-AAP@sante.gouv.fr](mailto:DGOS-R3-AAP@sante.gouv.fr), copie à l'INCa à l'adresse suivante [aap2015-chirambu@institutcancer.fr](mailto:aap2015-chirambu@institutcancer.fr) au plus tard le 15 décembre 2015.

## III. – MODALITÉS D'ACCOMPAGNEMENT DES PROJETS PILOTES

### a) Désignation d'un correspondant ARS

Les directeurs généraux des ARS identifient un correspondant en région en charge du suivi des projets dont ils présentent la candidature.

### b) Rapports intermédiaire et final des projets retenus

Les ARS sont chargées de transmettre leurs observations sur les volets « activité » et « financier » des rapports intermédiaires et finals des projets retenus au moyen des critères d'évaluation décrits au point VI.3 b) du cahier des charges de l'appel à candidature, à la DGOS à l'adresse suivante : [DGOS-R3-AAP@sante.gouv.fr](mailto:DGOS-R3-AAP@sante.gouv.fr), copie à l'INCa à l'adresse suivante : [aap2015-chirambu@institutcancer.fr](mailto:aap2015-chirambu@institutcancer.fr) ainsi qu'aux porteurs de projet.

### c) Le financement des projets pilotes

Un financement global de 3 millions d'euros est prévu dans le cadre du Plan Cancer 2014-2019 pour l'accompagnement des projets pilotes portés par les établissements.

d) Il convient de noter que :

- cette subvention ne sera pas reconduite au-delà de la durée de la mesure d'accompagnement (deux ans) ;
- elle n'a pas vocation à financer des ressources humaines pérennes ou des investissements immobiliers.

Les établissements retenus dans le cadre de cet appel à projets recevront une aide financière de 100 000 € par projet pour la durée de l'expérimentation de deux ans.

Ce soutien financier pourra concerner une trentaine de projets.

Les crédits destinés à financer les projets retenus seront délégués aux ARS en premières circulaires budgétaires 2016 et 2017.

#### IV. – RAPPEL DU CALENDRIER

Le calendrier de lancement de l'appel à projet est le suivant :

- transmission de la présente instruction et ses annexes aux établissements de santé, au plus tard le 10 juillet 2015 ;
- remise des dossiers de candidature des établissements aux ARS par voies postale et électronique au plus tard le 15 octobre 2015 ;
- transmission des projets jugés recevables avec avis motivés des ARS au bureau R3 de la DGOS à l'adresse suivante DGOS-R3-AAP@sante.gouv.fr, copie à l'INCa à l'adresse suivante : aap2015-chirambu@institutcancer.fr au plus tard le 15 décembre 2015 ;
- réunion du comité d'évaluation des candidatures, présidé par la DGOS et assisté par l'INCa, composé notamment de représentants des professionnels de santé, des patients et de la HAS, chargé de donner un avis consultatif sur les projets au mois de janvier 2016 ;
- désignation des projets pilotes retenus par la DGOS et l'INCa sur la base des critères figurant dans le cahier des charges de l'appel à candidature et dans le dossier de candidature des établissements en février 2016 ;
- délégation des crédits en deux fois : 1<sup>res</sup> circulaires 2016 et 2017.

Il est à noter que la DGOS et l'INCa veilleront à ce que l'ensemble des secteurs d'activité soit représenté dans le cadre de la mise en œuvre de cet appel à projets.

Des informations complémentaires peuvent être recueillies, sous le présent timbre, auprès de la direction générale de l'offre de soins et du département organisation et parcours de soins de l'INCa.

Pour la ministre et par délégation :

*Le directeur général de l'offre de soins,*  
J. DEBEAUPUIS

*Le secrétaire général  
des ministères chargés des affaires sociales,*  
P. RICORDEAU

*La présidente de l'INCa,*  
A. BUZYN

ANNEXE I

CAHIER DES CHARGES DE L'APPEL À CANDIDATURE



**Appel à candidatures 2015**

**Mise en œuvre de l'action 3.7**  
**du Plan cancer 2014-2019 :**

**Soutien de projets pilotes développant**  
**la chirurgie ambulatoire du cancer**

Date limite de soumission des projets aux ARS: au plus tard le 15 octobre 2015

## SOMMAIRE

- I. – CONTEXTE
- II. – OBJECTIF
- III. – ENJEUX
- IV. – CHAMP DE L'APPEL À PROJETS
  - 1. **Choix des prises en charge ciblées par le projet**
  - 2. **Structures concernées**
  - 3. **Équipes concernées**
- V. – OBJECTIFS OPÉRATIONNELS DES ÉQUIPES ET PRINCIPES ORGANISATIONNELS ATTENDUS
  - 1. **Objectifs opérationnels des équipes**
  - 2. **Principes d'organisation de l'étape chirurgicale**
  - 3. **Principes d'intégration de l'étape chirurgicale dans le parcours de soins du patient**
- VI. – MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE, DE SUIVI ET D'ÉVALUATION DU PROJET
  - 1. **Rapport intermédiaire**
  - 2. **Rapport final**
  - 3. **Critères d'éligibilité et d'évaluation des projets**
- VII. – ÉVALUATION NATIONALE DE L'ENSEMBLE DES PROJETS
- VIII. – MODALITÉS DE FINANCEMENT
- IX. – MODALITÉS DE CANDIDATURE ET PROCÉDURES DE SÉLECTION DES PROJETS
  - 1. **Modalités de dépôt des projets**
  - 2. **Procédures de sélection des projets**
    - e) Analyse des projets par l'ARS territorialement compétente
    - f) Procédure de sélection des dossiers de candidature
- X. – MODALITÉS DE SUIVI DE L'EXPÉRIMENTATION



## I. – CONTEXTE

Le domaine de la cancérologie est particulièrement concerné par les enjeux définis par la stratégie nationale de santé, repris dans la loi de santé, que ce soit dans le domaine de la prévention, du parcours de soins et de l'accompagnement du patient que de l'accès à l'innovation et à la reconnaissance de nouvelles compétences.

Compte tenu de ses avantages notamment en termes de confort et de satisfaction du patient, le troisième Plan cancer prévoit qu'à l'échéance 2019, la prise en charge en chirurgie ambulatoire (CA) des patients atteints de cancer devrait particulièrement progresser.

Toutefois, en intégrant les particularités liées au cancer, le recours à cette modalité de prise en charge nécessite non seulement une adaptation des organisations mais également une coordination renforcée des différents acteurs aux interventions très spécialisées.

Ainsi, cet appel à projets, qui s'inscrit dans le programme national de développement de la chirurgie ambulatoire, a pour objet la mise en œuvre de l'action 3.7 du Plan cancer 2014-2019 qui consiste à « soutenir la réorganisation des services pour le développement de la CA avec une phase d'expérimentation et d'aide à la conduite du changement dans des sites pilotes dans un premier temps ».

## II. – OBJECTIF

L'appel à projets vise à soutenir et à accompagner sur une période de deux ans des équipes chirurgicales autorisées à la chirurgie du cancer pour élaborer, mettre en œuvre, analyser et évaluer des projets organisationnels innovants permettant le développement de la CA en cancérologie, s'inscrivant dans un parcours de soin construit en collaboration avec l'ensemble des acteurs de la prise en charge.

Au terme des deux ans, une évaluation nationale de l'ensemble des projets sera réalisée par un prestataire extérieur. Cette évaluation conciliera deux approches :

- une approche générale visant à identifier les facteurs clés de réussite du développement de la CA en cancérologie et à dégager des processus organisationnels permettant aux acteurs de terrain de développer ce type de prise en charge ;
- une approche ciblée visant à apprécier le coût réel de la prise en charge en CA à partir de l'observation du chemin clinique des patients en intégrant l'amont et l'aval de la séquence chirurgicale.

Les établissements retenus dans le cadre de cet appel à projets s'engagent à participer à cette double évaluation.

## III. – ENJEUX

Les articles R.6121-4 et D.6124-301-1 et suivants du code de la santé publique, définissent la CA comme des actes chirurgicaux, généralement programmés, réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention<sup>1</sup>.

Dans le cadre d'une organisation rigoureuse, ce mode de prise en charge accroît la qualité et la sécurité des soins, notamment en limitant le taux des infections nosocomiales, améliore la satisfaction des patients et des personnels et permet d'optimiser l'utilisation des ressources notamment des plateaux médico-techniques.

Un programme national de développement de la CA a été mis en place en 2010 et l'objectif d'aboutir à une pratique majoritaire (> 50 %) en 2016 a été concerté avec l'ensemble des acteurs.

La pratique de la CA a fortement progressé en France passant de 32.3 % à 42.7 % entre 2007 et 2013. Cette progression est le résultat de la mobilisation des professionnels et des établissements de santé ainsi que de la mise en cohérence des actions nationales et régionales par la mobilisation de différents leviers : évolution réglementaire<sup>2</sup>, fixation d'objectifs contractualisés dans le cadre des

---

<sup>1</sup> Conférence de consensus de mars 1993, reprise par la HAS dans le « socle de connaissances » sur la CA, avril 2012.

<sup>2</sup> Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant les conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation :  
– fixant à 12 heures la durée de la prise en charge en CA ;  
– assouplissant certaines normes de personnel ;  
– instaurant une charte de fonctionnement ;  
– rendant obligatoire la formation à la prise en charge en CA.

contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) État/ARS et ARS/Établissements de santé (ES), politique tarifaire incitative<sup>3</sup>, élaboration de guides, recommandations et production d'outils organisationnels par la HAS et l'ANAP<sup>4</sup>, programme de formation des professionnels<sup>5</sup>, etc.

La CA, qui s'est développée initialement pour les gestes chirurgicaux les plus courants concerne désormais des procédures plus complexes et des patients plus lourds ou présentant des comorbidités. Compte tenu des bénéfices attendus, la CA doit s'étendre à davantage de gestes et de patients notamment dans des domaines encore peu investis comme la cancérologie en inscrivant cette modalité de prise en charge dans une logique de « parcours patient ».

À ce jour, la phase chirurgicale du traitement du cancer<sup>6</sup> reste encore souvent réalisée en hospitalisation complète, le taux de CA en cancérologie se situant entre 9 % et 24 % en 2011<sup>7</sup> selon les secteurs d'activité. Or, l'évolution des techniques chirurgicales et anesthésiques et le développement des programmes de réhabilitation rapide dans le domaine de la chirurgie permettent une réduction des durées de séjours amenant certaines équipes à développer des prises en charge chirurgicales en ambulatoire notamment pour le cancer du sein (dans les Centre de Lutte Contre le Cancer [CLCC], 19 % des chirurgies du cancer du sein sont réalisées en CA en 2012<sup>8</sup>).

Si certaines interventions lourdes destinées à des patients complexes nécessitent le recours à une hospitalisation complète, il existe toutefois des marges de développement de la pratique de CA dans le domaine de la cancérologie<sup>9</sup>. Selon l'étude d'UNICANCER de 2013, 50 % des cancers du sein (vs 12 % en 2012), 15 % des cancers de l'ovaire (vs 3 % en 2012) et 15 % des cancers de la thyroïde (vs 1 % en 2012) pourraient être opérés en ambulatoire en 2020.

L'enjeu est donc de développer la CA dans des domaines ciblés de prise en charge du cancer où elle serait possible en s'appuyant sur les recommandations organisationnelles et de bonnes pratiques en matière de CA<sup>10</sup> et en intégrant certaines particularités liées au cancer. En effet, il convient de rappeler qu'il s'agit de pathologies souvent lourdes et complexes, nécessitant l'intervention de nombreux acteurs de soins et s'adressant à des patients particulièrement inquiets et fragilisés par l'annonce de leur diagnostic.

Par ailleurs, la chirurgie du cancer réalisée ou non en ambulatoire ne constitue qu'une étape parmi d'autres de la prise en charge du patient. C'est pourquoi, l'intervention chirurgicale ne peut se penser isolément, déconnectée des autres phases de soins et doit se coordonner avec les autres étapes du traitement et la prise en charge globale dans le cadre d'un parcours de soins adapté.

Il convient donc d'inscrire la CA dans un projet de parcours « le plus ambulatoire possible » en mettant en œuvre une véritable coordination des acteurs garantissant non seulement des soins de qualité mais également un accompagnement du patient au cours des différentes phases de sa prise en charge pour lui offrir un projet de soins dédramatisé.

## IV. – CHAMP DE L'APPEL À PROJETS

### 1. Choix des prises en charge ciblées par le projet

L'appel à projets concerne les interventions chirurgicales curatives du cancer.

Il est nécessaire que le champ concerné soit couvert par l'existence de recommandations quant aux indications et à la prise en charge (INCa, sociétés savantes).

<sup>3</sup> Mise en place en 2014 de tarifs uniques (tarifs identiques) pour tous les GHM de chirurgie comportant un « J » dans la racine: ainsi, en 2014, 111 racines de GHM ont un tarif identique que le séjour soit réalisé en J, c'est-à-dire en ambulatoire, ou en niveau 1 de sévérité, soit un séjour sans comorbidité associée et comportant une nuitée. Par ailleurs, en 2014, les bornes basses des GHM de chirurgie de niveau 1 ont été supprimées afin de favoriser les prises en charge innovantes en CA.

<sup>4</sup> Cf. programme de travail pluriannuel (2012-2015) de la HAS et de l'ANAP « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire » et guide ANAP, « chirurgie ambulatoire: mode d'emploi », novembre 2013.

<sup>5</sup> Cf. annexe 34 « construction d'un projet de chirurgie ambulatoire » de la circulaire DGOS/RH4 n° 2012-206 du 22 mai 2012 relative aux axes et actions de formation nationales prioritaires à caractère pluriannuel concernant l'ensemble des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 89-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière; cette action de formation est déployée dans les régions jusqu'à la fin de l'année 2016 et est actualisée en 2015 pour davantage prendre en compte les enjeux organisationnels du développement de la CA, sa dimension médico-économique, les enjeux capacitaires associés et les liens et la nécessaire coordination avec la ville.

<sup>6</sup> En dehors de la mise en place de chambres implantables pour la réalisation des chimiothérapies intraveineuses.

<sup>7</sup> Données ATIH issues du rapport de l'INCA 2012.

<sup>8</sup> Cf. étude d'UNICANCER, Quelle prise en charge des cancers en 2020?, octobre 2013.

<sup>9</sup> CA du Centre Léon Bérard à Lyon, Institut Claudius Regaud à Toulouse, CH de Poissy, Versailles.

<sup>10</sup> Cf. recommandations organisationnelles de la HAS et de l'ANAP issues du programme « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire », mai 2013; guide ANAP, « chirurgie ambulatoire: mode d'emploi », novembre 2013, recommandations des sociétés savantes, de la SFAR et de l'AFCA.

Le projet présenté peut inclure une ou plusieurs localisations du cancer.

Le choix des procédures chirurgicales retenues par les équipes nécessite d'être examiné collégialement (chirurgien, anesthésiste, équipe de soins) dans le cadre d'une analyse du rapport bénéfice/risque pour le patient et de l'organisation existante ou à mettre en œuvre<sup>11</sup>.

Par ailleurs, ce choix doit prendre en compte la possibilité de pouvoir réaliser un parcours de soins organisé en amont et en aval de l'intervention en lien avec les autres acteurs de la prise en charge (médecin traitant, oncologue, médecin spécialiste d'organe, radiothérapeute, infirmière coordinatrice...). Ce parcours doit intégrer l'anticipation de la sortie du patient, l'accompagnement des patients et de l'entourage et, le cas échéant, les soins de support.

## 2. Structures concernées

L'appel à projets s'adresse aux établissements de santé publics ou privés, disposant d'une ou plusieurs autorisation(s) de traitement du cancer pour la pratique de la chirurgie.

Les établissements volontaires devront disposer d'une structure pratiquant la CA ou pouvoir la mettre en place et la faire fonctionner dans le délai d'accompagnement de deux ans. Les établissements s'engagent dans une démarche de développement de ce mode de prise en charge de la chirurgie cancérologique. Celle-ci devra en outre être inscrite dans leur projet d'établissement.

## 3. Équipes concernées

L'appel à projets concerne les équipes de chirurgie (chirurgiens, anesthésistes, cadres de santé, personnels soignants) travaillant dans des établissements autorisés à la chirurgie du cancer et respectant ainsi les dispositions réglementaires et les critères d'agrément de l'INCa encadrant cette activité de soins.

Les équipes candidates élaborent et conduisent leur projet en lien avec une ou plusieurs équipes médicales d'oncologie existantes en interne ou relevant d'un autre établissement de santé, lui-même autorisé.

Ces équipes se fédèrent autour d'un coordonnateur responsable des modalités de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation du projet.

Dans le délai de deux ans correspondant à la durée de l'accompagnement, les équipes doivent démontrer qu'elles ont été en capacité de construire une organisation fondée sur la mise en œuvre de chemins cliniques :

- définis pour la ou les pathologie(s) faisant l'objet de la prise en charge en CA ;
- intégrant l'ensemble des étapes de prise en charge du patient : de sa sélection à son suivi et son accompagnement après la sortie de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA).

C'est pourquoi, il est nécessaire que les équipes candidates aient déjà acquis une certaine expérience leur permettant d'atteindre les objectifs fixés au terme des deux ans de l'accompagnement :

- soit parce qu'elles souhaitent étendre leur case-mix à la chirurgie du cancer dans le cadre de la structure pratiquant la chirurgie ambulatoire n'ayant pas cette orientation ;
- soit parce qu'elles ont surtout une activité de chirurgie conventionnelle du cancer et souhaitent développer la pratique de la CA en substitution à l'hospitalisation complète.

## V. – OBJECTIFS OPÉRATIONNELS DES ÉQUIPES ET PRINCIPES ORGANISATIONNELS ATTENDUS

### 1. Objectifs opérationnels des équipes

Les équipes projets s'engagent donc à :

- mettre en place une organisation permettant de prendre en charge en CA des patients atteints de cancer dans le cadre de chemins cliniques structurés ;
- intégrer l'étape « chirurgie ambulatoire » dans un parcours organisé avec les autres acteurs de la prise en charge (radiologues, médecins nucléaires, kinésithérapeutes, infirmières, aides-soignants, médecin traitant...);
- prendre en compte le choix du patient d'être pris en charge en CA ainsi que ses besoins d'information, d'éducation et d'accompagnement ;

---

<sup>11</sup> Cf. programme de travail HAS-ANAP, « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire » : recommandations organisationnelles, mai 2013 ; sécurité des patients en chirurgie ambulatoire, mai 2013 ; éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient, mai 2014, et guide ANAP, « chirurgie ambulatoire : mode d'emploi », novembre 2013.

- former les équipes médicale et paramédicale à la spécificité de la prise en charge en ambulatoire;
- développer la pratique de l'ambulatoire en cancérologie dans le cadre d'une substitution à l'hospitalisation complète.

## 2. Principes d'organisation de l'étape chirurgicale

L'organisation à mettre en œuvre doit se conformer aux dispositions prévues par le code de la santé publique issues du décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures pratiquant la chirurgie ambulatoire<sup>12</sup> et se référer aux recommandations existantes notamment des sociétés savantes, de la HAS et de l'ANAP<sup>13</sup>.

La mise en place de cette organisation nécessite une démarche permettant de :

- mobiliser une équipe projet restreinte autour du coordonnateur, organisant les étapes du projet et susceptible de communiquer et de mobiliser les acteurs au sein de l'établissement et à l'extérieur de la structure (interlocuteurs susceptibles d'intervenir en amont et en aval de la séquence chirurgicale);
- définir une démarche partagée et opérationnelle permettant la mise en place du projet (enjeux, objectif, méthode, calendrier) mobilisant l'ensemble de la communauté de l'établissement;
- réaliser un état des lieux de l'existant (y compris de l'environnement extérieur à la structure), un diagnostic (praticiens impliqués, plateaux médico-techniques, lien avec les autres pôles de la structure...) et une analyse des freins et leviers;
- élaborer des objectifs:
  - de prise en charge et d'activité (analyse de l'activité actuelle et potentialité par type de prise en charge) avec l'élaboration des chemins cliniques correspondants (éligibilité des patients, étapes de la prise en charge, points clés de vigilance, outils associés tel que le passeport ambulatoire, etc.);
  - de qualité et de sécurité de la prise en charge sur la base des outils élaborés par la HAS;
- élaborer et justifier des indicateurs permettant de mesurer des objectifs fixés; il conviendra que ces indicateurs soient pertinents, robustes, mesurables et peu nombreux (cf. VI.3.b ci-après);
- déterminer les conditions nécessaires pour la réalisation des prises en charge prévues, notamment au vu du contexte propre à l'établissement et des spécificités de prise en charge du cancer pour:
  - l'information, l'éducation et l'accompagnement du patient permettant à celui-ci d'être aidé dans sa prise de décision et dans la gestion de son parcours;
  - la mobilisation du plateau médico-technique (planification du bloc opératoire et salle de surveillance post-interventionnelle compte tenu de la durée des interventions et de la surveillance, imagerie, médecine nucléaire, biologie spécialisée, examen anatomo-pathologiques etc.);
- l'organisation de la continuité des soins en chirurgie après la sortie du patient ainsi que de la coordination des acteurs pour prendre en charge les éventuels besoins des patients en soins de support (exemple: prise en charge psychologique);
- définir les actions à conduire, leur calendrier et des indicateurs de pilotage.

## 3. Principes d'intégration de l'étape chirurgicale dans le parcours de soins du patient

En fonction du ou des type(s) de prise en charge ciblée(s) par le projet, la mise en place de cette organisation nécessite de :

- clarifier les étapes du parcours du patient et la place de la CA au sein de ce parcours;
- identifier les acteurs (à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement) contribuant à la mise en œuvre du parcours ainsi que leur mission, leur champ et temps prévisionnel d'intervention;
- identifier, en collaboration avec les acteurs participant au parcours de soins, les points clés articulant ces parcours ainsi que les actions à mettre en œuvre et les acteurs à mobiliser;
- définir des objectifs généraux concernant le parcours (exemple: réduction du temps d'attente de X % entre la phase diagnostic et la réalisation de la procédure chirurgicale) et les indicateurs associés permettant de mesurer l'atteinte des objectifs;

---

<sup>12</sup> Cf. articles D.6124-301 à D.6124-305 du code de la santé publique.

<sup>13</sup> Programme « Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire » de l'ANAP-HAS : socle de connaissance (HAS-ANAP), gestion des risques (HAS), éléments d'appréciation de l'éligibilité des patients (HAS-ANAP), sécurité des patients en chirurgie ambulatoire (HAS-ANAP), chirurgie ambulatoire, mode d'emploi (ANAP), recommandations organisationnelles (HAS-ANAP) (dispositifs HAS-ANAP d'indicateurs et de certification et d'accréditation à venir).

- définir, avec l'ensemble des acteurs du parcours, les modalités de la coordination envisagée (ex : articulation de la procédure chirurgicale avec la phase de diagnostic, la mise en œuvre des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), l'élaboration du programme personnalisé de soins (PPS), les consultations d'annonce, les étapes thérapeutiques ultérieures, la gestion opérationnelle du parcours auprès du patient, etc.);
- élaborer des outils permettant le pilotage de la démarche, l'identification et la gestion d'éventuelles défaillances, la qualité des soins et la satisfaction des patients.

## VI. – MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE, DE SUIVI ET D'ÉVALUATION DU PROJET

Les équipes projets produisent deux rapports, un rapport intermédiaire et un rapport final, qu'elles transmettent à l'ARS territorialement compétente.

### 1. Rapport intermédiaire

Le rapport intermédiaire réalisé au terme du délai d'un an à compter de la date de notification par l'ARS du choix du candidat retenu comporte à la fois un volet activité et un volet financier.

Pour tenir compte des différents degrés de maturité des projets retenus, le volet activité a pour objet de :

- dresser un état des lieux d'avancement du projet au moyen des critères et des éléments de preuve demandés au point VI.3.b Critères d'évaluation des projets;
- de faire état des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du projet;
- de souligner tout autre élément que l'équipe juge nécessaire.

Le volet financier a pour objet la justification de l'utilisation des crédits alloués durant la période considérée.

Le rapport intermédiaire est transmis à l'ARS compétente dans les trois mois qui suivent le délai d'un an, laquelle émet ses observations sur ces documents qu'elle transmet ensuite à la DGOS et à l'INCa ainsi qu'à l'équipe projet.

### 2. Rapport final

Le rapport final, réalisé au terme de la durée de deux ans à compter de la date de notification par l'ARS du choix du candidat retenu, comporte un volet activité et un volet financier.

Le volet activité permet d'évaluer l'organisation mise en place au moyen des critères et éléments de preuves demandés au point VI.3.b Critères d'évaluation des projets. Il intègre ainsi une analyse des pré-requis, des freins et des leviers éventuellement recensés et décrit les impacts de la mise en œuvre du projet sur :

- la structure pratiquant la chirurgie ambulatoire (plages horaires, bloc opératoire, SSPI etc.);
- le parcours de soins du patient (amélioration du lien avec le médecin traitant, soins de support etc.).

Le volet financier a pour objet la justification de l'utilisation des crédits alloués durant la période de deux ans de mise en œuvre du projet.

Le rapport final est transmis à l'ARS compétente dans les trois mois qui suivent la fin de la durée de deux ans, laquelle émet ses observations sur l'ensemble des documents qu'elle transmet ensuite à la DGOS et à l'INCa ainsi qu'à l'équipe projet.

### 3. Critères d'éligibilité et d'évaluation des projets

Les critères figurant ci-dessous constituent à la fois des critères d'éligibilité des projets à l'accompagnement et des critères d'évaluation des projets.

#### a) Critères d'éligibilité des projets

En fonction du degré de maturité des projets présentés, les équipes doivent démontrer :

- soit, qu'elles sont en capacité de mettre en œuvre l'ensemble des critères figurant au point VI.3.b ci-après durant le délai de deux ans de l'accompagnement;
- soit, que ces critères sont d'ores et déjà opérationnels dans le cadre de l'organisation existante et qu'elles souhaitent perfectionner leurs organisations.

L'éligibilité d'un projet est ainsi examinée au regard de :

- son intérêt et sa pertinence compte tenu :



- des besoins des patients, de l’offre et des organisations existantes ou à venir;
- des objectifs poursuivis (bénéfices attendus pour les patients, les professionnels et l’établissement);
- de la méthode envisagée (étapes du projet, association des acteurs, calendrier);
- sa clarté, sa structuration et sa cohérence;
- sa reproductibilité;
- l’aptitude de la structure de soins à porter le projet, l’aptitude du coordonnateur à fédérer les différents acteurs (capacité à mobiliser les professionnels et à en assurer la coordination);
- la crédibilité du calendrier prévisionnel;
- la ventilation des crédits alloués;

#### b) Critères d’évaluation des projets

Ces critères d’évaluation des projets font l’objet d’indicateurs et d’éléments de preuve spécifiques. Ils constituent le socle minimal des critères devant apparaître dans le rapport intermédiaire et le rapport final et serviront à l’évaluation confiée à un prestataire externe à l’issue du délai des deux ans de l’accompagnement. Ils peuvent être complétés par les équipes dès lors qu’elles le juge nécessaire.

Critère n° 1: La mise en œuvre du projet permet de développer le taux de CA dans le domaine de la chirurgie du cancer ciblée:

- les indicateurs à mettre en place et à suivre avant, pendant et après la réalisation du projet sont les suivants:
- volume des patients en CA pour la prise en charge ciblée par le projet (volume « cible » et volume réalisé);
- taux global de CA correspondant à la ou les prise(s) en charge ciblée(s) par le projet: Nombre de séjours correspondant aux GHM en C ciblés dans le projet et réalisés en 0 jour/nombre total de séjours correspondant aux GHM en C ciblés (0 jour et tous niveaux de sévérité)

Critère n° 2: La ou les prises en charge en CA ciblée(s) par le projet font l’objet d’une démarche planifiée et concertée tant au sein de l’établissement qu’avec les acteurs concourant à la prise en charge du patient dans le cadre du parcours de soins, avec la définition d’objectifs précis à chaque étape:

- l’élément de preuve à apporter se matérialise par un document relatant les principes et la mise en œuvre de la démarche à chaque étape et avec chaque acteur

Critère n° 3: Des critères d’éligibilité des patients ont été formalisés pour la ou les prises en charge ciblée(s) par le projet selon les recommandations existantes, de façon consensuelle et en fonction de l’analyse du triptyque patient/acte/structure:

- l’élément de preuve à apporter est l’outil d’analyse de l’éligibilité du patient

Critère n° 4: Un chemin clinique<sup>14</sup> de CA formalisé et un outil de gestion des risques (*a priori* et *a posteriori*) sont élaborés pour la prise en charge ciblée par le projet:

- les éléments de preuve à apporter sont la production du document formalisé de chemin clinique et le passeport ambulatoire.

Critère n° 5: Des outils de pilotage de l’activité de CA sont mis en place et font l’objet d’un suivi concerté:

- les éléments de preuve à apporter sont le tableau de bord des indicateurs d’activité (volume de patients, taux de CA, taux de conversion, taux de ré-hospitalisation, indicateurs de gestion du risque *a priori* et *a posteriori*), les comptes rendus de réunion de concertation sur les résultats du tableau de bord et les comptes rendus de revues de morbi-mortalité.

---

<sup>14</sup> Le chemin clinique contient la description détaillée et l’analyse de la totalité du processus de prise en charge du patient issus à la fois des données de la littérature que de l’observation de la pratique de terrain. Les différentes phases, étapes, actions, ressources nécessaires et personnels affectés ainsi que les interfaces (ex: organisation des consultations d’amont, coordination des soins avec les différents acteurs, etc.) sont identifiés. Le chemin clinique est partagé par l’ensemble des professionnels participant à la prise en charge du patient. En CA, les quatre phases principales du chemin clinique sont: l’évaluation préopératoire, la phase opératoire, la phase d’autorisation de sortie et le suivi. Durant ces phases, la sélection du patient, l’anticipation, la coordination renforcée des acteurs ainsi que l’information des différents acteurs sont les étapes essentielles.

Critère n° 6: Pour la ou les prises en charge ciblée(s) par le projet, un parcours type du patient est formalisé avec l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge du patient. Pour ce parcours, un objectif général est défini (exemples: délai d'accès à la chirurgie, satisfaction des patients...) et fait l'objet d'un suivi et d'une concertation entre les acteurs:

- l'indicateur à produire permet de mesurer l'atteinte de l'objectif général tel que défini par les équipes;
- les éléments de preuve à apporter sont la production de l'indicateur retenu permettant de suivre l'objectif, des comptes rendus de réunions de suivi de l'objectif de parcours entre les acteurs et le document retraçant le parcours type du patient pour la prise en charge ciblée par le projet et sa méthode d'élaboration.

Critère n° 7: Les modalités d'information, d'éducation, d'accompagnement, de recueil du consentement et de la satisfaction du patient font l'objet d'une procédure formalisée et sont évaluées (exemple: méthode du patient traceur):

- l'indicateur à produire est celui du taux de satisfaction des patients;
- les éléments de preuve à apporter sont les documents formalisant les procédures, les documents d'information du patient, du recueil et de l'exploitation du questionnaire de satisfaction patient.

La mobilisation de ces éléments permet ainsi à l'équipe projet de:

- mener une démarche d'auto-évaluation;
- alimenter les rapports, intermédiaire et final, qui seront transmis à l'ARS;
- participer à l'évaluation nationale de l'appel à projets.

## VII. – ÉVALUATION NATIONALE DE L'ENSEMBLE DES PROJETS

Au terme des deux ans de mise en œuvre des projets bénéficiant de l'accompagnement, une évaluation nationale de l'ensemble des projets sera réalisée par un prestataire externe. À cette fin, les équipes participant à l'appel à projets devront mettre à disposition dudit prestataire des données anonymisées.

Deux types d'évaluation seront réalisés:

1. Une évaluation générale portant sur l'ensemble des projets notamment à partir des rapports transmis par les équipes projets aux ARS

Il s'agira de:

- évaluer les organisations proposées notamment au regard des critères mentionnés au point VI.3.b) Critères d'évaluation des projets;
- réaliser une étude comparative entre ces organisations mises en œuvre ainsi qu'avec les organisations relevant de l'hospitalisation complète (HC);
- identifier, au regard de ces résultats, les leviers, les freins ainsi que les conditions et facteurs de réussite;
- déterminer l'efficacité des organisations par une analyse du rapport résultats/dépenses des parcours proposés. Les résultats seront analysés en fonction des critères mentionnés au point VI.3.b) Critères d'évaluation des projets. À ces parcours (parcours en HC, parcours en CA) proposés par les équipes retenues) seront affectées les dépenses théoriques du point de vue de l'assurance maladie, correspondant à la somme des interventions prévues pour la réalisation des prises en charge;

2. Une évaluation ciblée afin d'analyser plus finement les facteurs clés de la performance des organisations. Cette évaluation médico-économique ciblera une ou deux prise(s) en charge et concernera les établissements qui ont satisfait aux critères définis au point VI.3.b) Critères d'évaluation des projets au terme du délai de deux ans de l'accompagnement. Elle s'attachera à apprécier le coût réel de la prise en charge du patient en CA à partir de l'observation du chemin clinique du patient en utilisant notamment l'outil microcosting de la HAS et intégrant l'amont et l'aval de la séquence chirurgicale. Il s'agira de réaliser une analyse de l'efficacité des organisations au moyen d'un recueil d'activité et de coût par patient et par parcours (UCA et hors UCA). Les établissements seront accompagnés par l'évaluateur externe pour la réalisation de leurs travaux et devront mobiliser des données anonymisées.

## VIII. – MODALITÉS DE FINANCEMENT

Un financement global de 3 millions d'euros est prévu dans le cadre du Plan Cancer 2014-2019 pour l'accompagnement des projets pilotes portés par les établissements.

Il convient de noter que :

- cette subvention ne sera pas reconduite au-delà de la durée de la mesure d'accompagnement (deux ans);
- elle n'a pas vocation à financer des ressources humaines pérennes ou des investissements immobiliers.

Le soutien financier pourra concerner une trentaine de projets.

Les établissements de santé retenus dans le cadre de cet appel à projets recevront une aide financière totale de 100 000 € par projet, laquelle leur sera versée par les ARS en deux fois (circulaires budgétaires 2016 et 2017).

## IX. – MODALITÉS DE CANDIDATURE ET PROCÉDURES DE SÉLECTION DES PROJETS

### 1. Modalités de dépôt des projets

Chaque établissement souhaitant bénéficier de l'accompagnement devra renseigner le dossier de candidature type joint à cet appel à projets.

Les dossiers de candidature sont déposés auprès de l'ARS territorialement compétente par voie postale et électronique avant le 15 octobre 2015.

### 2. Procédures de sélection des projets

#### a) Analyse des projets par l'ARS territorialement compétente

1. Étude de la recevabilité des candidatures: seules sont recevables les demandes des établissements de santé disposant d'une ou plusieurs autorisation(s) valable(s) de traitement du cancer pour la pratique de la chirurgie.
2. Étude de la recevabilité du dossier de candidature: réception dans les délais, complétude du dossier .
3. Élaboration d'un avis motivé sur la formalisation de la construction du projet par l'ES au regard des éléments d'appréciation figurant dans le dossier de candidature des établissements de santé. (cf. points 6.1.1 et 6.1.2 du dossier de candidature).
4. Transmission de l'ensemble des dossiers de candidature jugés recevables par l'ARS accompagné des avis motivés de l'ARS au bureau R3 de la DGOS par voie électronique à l'adresse suivante : DGOS-R3-AAP@sante.gouv.fr et copie à l'INCa à l'adresse suivante aap2015-chirambu@institutcancer.fr avant le 15 décembre 2015.

#### b) Procédure de sélection des dossiers de candidature

1. Comité d'évaluation des candidatures, présidé par la DGOS et assisté par l'INCa, composé notamment de représentants des professionnels de santé, des patients et de la HAS, est chargé de donner un avis consultatif sur les dossiers de candidature au mois de janvier 2016;
2. Désignation des candidats retenus, par la DGOS et l'INCa, sur la base des critères figurant des l'appel à projet et dans le dossier de candidature des établissements en février 2016.

La DGOS et l'INCa veilleront à ce que l'ensemble des secteurs d'activité soit représenté dans le cadre de la mise en œuvre de cet appel à projets.

## X. – MODALITÉS DE SUIVI DE L'ACCOMPAGNEMENT

Au niveau national, le suivi de l'accompagnement est assuré par la DGOS et l'INCa.

Au niveau régional, les ARS sont :

- chargées de transmettre les projets de candidatures jugés recevables avec avis motivés, à la DGOS et à l'INCa;
- destinataires des rapports, intermédiaire et final, élaborés par les équipes-projets, rapports qu'elles transmettent, avec leurs observations, à la DGOS, à l'INCa ainsi qu'à l'équipe projet.



ANNEXE II

DOSSIER DE CANDIDATURE TYPE POUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ



## Appel à projets 2015

### Mise en œuvre de l'action 3.7 du Plan cancer 2014-2019 :

### Soutien de projets pilotes développant la chirurgie ambulatoire du cancer

## Dossier de candidature

Date limite de soumission des projets: 15 octobre 2015

|   |         |
|---|---------|
| Titre du projet   |         |
| Nom de l'établissement porteur du projet                          |         |
| Nom et coordonnées du coordonnateur du projet (nom, prénom, mail) |         |
| Durée du projet   | 24 mois |

### 1. Résumé du projet

Attention, ce résumé est indispensable pour l'expertise de votre projet, il devra présenter une description synthétique du choix de:

- la ou les prise(s) en charge ciblée(s) par le projet;
- l'organisation mise en place/envisagée pour la ou les prise(s) en charge en chirurgie ambulatoire ciblée(s) par le projet;
- la coordination avec l'ensemble des acteurs du parcours de soins (à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement de santé) pour la ou les prises en charge ciblée(s).

Résumé du projet – *maximum 1 page - Police Arial taille 11*

## 2. L'établissement

|   |  |
|---|--|
| <p>Nom et coordonnées de l'établissement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- adresse</li> <li>- code postal</li> <li>- ville</li> </ul>  |  |
| <p>Nom et coordonnées du directeur d'établissement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- téléphone</li> <li>- mail</li> <li>- fax</li> </ul>   |  |
| <p>Statut de l'établissement</p>  |  |
| <p>Date(s) de délivrance/renouvellement de l'autorisation pour la pratique de la chirurgie du cancer</p> <p>Point de vigilance : joindre une copie de la décision d'autorisation au présent dossier</p>   |  |
| <p>Autres autorisations pour le cancer hors chirurgie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- radiothérapie</li> <li>- chimiothérapie</li> </ul>   |  |
| <p>Description de l'établissement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- positionnement dans l'offre régionale</li> <li>- projet médical</li> <li>- activités et volumes par spécialités</li> </ul> <p><i>maximum 1 page – Police Arial taille 11</i></p> |  |
| <div style="border: 1px solid black; height: 260px;"></div>   |  |

Description de l'activité de chirurgie réalisée chaque année depuis 2010:  
– en hospitalisation complète  
– en ambulatoire (date de mise en service de l'unité de chirurgie ambulatoire, moyens affectés à la structure (personnels en ETP, locaux, blocs dédiés ou non dédiés, moyens déployés pour assurer la continuité des soins, volumes par spécialités)  
*maximum 1 page – Police Arial taille 11*

Description de l'activité de chirurgie du cancer (spécialités, volumes, coordination, moyens et compétences mises en œuvre)  
*maximum 1 page – Police Arial taille 11*

|  |
|--|
|  |
|--|

### 3. Coordonnateur du projet<sup>15</sup>

|  |  |
|--|--|
| Nom, Prénom  |  |
| Fonction   |  |
| Lieu d'exercice<br>Adresse<br>Code Postal<br>Ville |  |
| Adresse électronique                               |  |
| Téléphone  |  |
| Fax  |  |

---

<sup>15</sup> Le coordonnateur de projet assure notamment :  
- la coordination technique du projet ;  
- la mise en place et la formalisation de la collaboration entre les participants au projet.  
Il participe à :  
- l'avancement et la réalisation du projet ;  
- la production des documents et leur diffusion ;  
- la communication des résultats.

**4. Composition de l'équipe anesthésique, chirurgicale et paramédicale**

| Équipe anesthésique                                 |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| Noms, Prénoms                                       |  |  |  |  |  |
| Fonctions   |  |  |  |  |  |
| Lieux d'exercice<br>Adresse<br>Code Postal<br>Ville |  |  |  |  |  |
| Adresses électroniques                              |  |  |  |  |  |
| Téléphones  |  |  |  |  |  |
| Fax   |  |  |  |  |  |

| Équipe chirurgicale                                 |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| Noms, Prénoms                                       |  |  |  |  |  |
| Fonctions   |  |  |  |  |  |
| Lieux d'exercice<br>Adresse<br>Code Postal<br>Ville |  |  |  |  |  |
| Adresses électroniques                              |  |  |  |  |  |
| Téléphones  |  |  |  |  |  |
| Fax   |  |  |  |  |  |

| Équipe paramédicale, administrative (personnel d'accueil...) et logistique (brancardiers..)   |                     |                       |                   |
|---|---------------------|-----------------------|-------------------|
|   | Équipe paramédicale | Équipe administrative | Équipe logistique |
| Nombre d'ETP affectés à la prise en charge chirurgicale ciblée par le projet par type de personnel  |                     |                       |                   |
| Formations réalisées/ prévues à la prise en charge en chirurgie ambulatoire (formation obligatoire, cf. décret n° 2012-969 du 20 août 2012) |                     |                       |                   |

**5. Structures et acteurs associés au projet (internes et externes à l'établissement), y compris celle du coordonnateur de projet**

*(Ajouter autant de lignes que nécessaire)*

| Structure | Nom, prénom du responsable associé au projet | Téléphone, e-mail | Statut de la structure | Mission(s) dévolue(s) par la structure ou les acteurs associés au projet |
|-----------|--|-------------------|------------------------|--|
|           |  |                   |                        |  |
|           |  |                   |                        |  |
|           |  |                   |                        |  |
|           |  |                   |                        |  |
|           |  |                   |                        |  |
|           |  |                   |                        |  |

Point de vigilance: l'ensemble de ces structures/acteurs s'engage à participer à la mise en œuvre du projet durant toute la durée de mise en œuvre du projet (2 ans).

Pour cela, chaque responsable associé au projet rédige et signe un courrier d'engagement qu'il joint au présent dossier:

- précisant qu'il accepte les missions qui lui sont dévolues;
- décrivant les actions qu'il aura à entreprendre;
- fixant les modalités de coopération et de participation à l'évaluation.

## 6. Détail du projet

### 1.1 Choix et justification de la ou les prise(s) en charge ciblée(s) par le projet

Contexte dans lequel s'inscrit le projet (cf. partie IV. de l'appel à candidatures intitulée: « Champ de l'appel à projets »): (4 pages maximum)

Les éléments présentés devront permettre d'évaluer:

- l'intérêt et pertinence du projet au regard des:
- besoins de la population, de l'offre régionale et des organisations existantes ou à venir (ouverture d'une UCA, blocs, ...);
- l'existence de recommandations;
- modalités organisationnelles envisagées dans l'UCA (chemins cliniques, procédures chirurgicales...);
- enjeux de parcours dans la ou les prise(s) en charge ciblée(s);
- des objectifs fixés par le projet pour la durée de l'accompagnement de deux ans (bénéfices pour les patients, les professionnels, l'établissement, les volumes envisagés, la réduction des délais de prise en charge, la mise en place d'un parcours, etc.).



### 1.2 Objectifs et modalités de réalisation du projet

Présentation des objectifs et des modalités de réalisation du projet : (cf. partie V. de l'appel à candidatures intitulée : « Objectifs opérationnels des équipes et principes organisationnels attendus ») (6 pages maximum).

Les éléments présentés devront permettre d'évaluer :

- la clarté, la structuration et la cohérence d'ensemble du projet;
- la méthodologie de la démarche partagée; les étapes clés; la crédibilité du calendrier;
- des objectifs de prise en charge et d'activité, les chemins cliniques correspondant, des indicateurs de suivi et d'évaluation;
- l'aptitude de la structure, du coordonnateur et de l'équipe à porter le projet et à en assurer la coordination (à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement);
- la ventilation des crédits demandés;
- la reproductibilité.

### 1.3 Modalités d'évaluation des résultats et perspectives

Description des modalités d'évaluation des résultats et perspectives (cf. partie VI.b. de l'appel à candidatures intitulée: « Critères d'évaluation des projets ») (1 à 2 pages):

- description de la mise en place et de la mobilisation des indicateurs et éléments de preuve permettant de mesurer l'atteinte des critères;
- description de la mise en place et de la mobilisation d'autres indicateurs éventuels en lien avec des objectifs spécifiques du projet

Les éléments présentés devront permettre d'évaluer l'aptitude de la structure à:

- mener une démarche d'auto-évaluation;
- alimenter les rapports intermédiaire et final qui seront transmis à l'ARS;
- participer à l'évaluation finale de l'appel à projets.

### 7. Justification des crédits sollicités

Description de la justification des crédits sollicités: (1 page maximum).  
Les éléments présentés devront décrire la ventilation des crédits sollicités.

**8. CV du coordonnateur du projet**  
**(préciser les formations et expériences acquises en chirurgie ambulatoire et/ou en cancérologie)**

*CV du coordonnateur (2 pages maximum pour le CV et 1 page maximum pour les publications en lien avec le projet).*

**9. CV de l'équipe anesthésique et chirurgicale**  
**(préciser les formations et expériences acquises en chirurgie ambulatoire et/ou en cancérologie)**

CV des membres de l'équipe anesthésique et chirurgicale (*2 pages maximum pour le CV/ personnes et 1 page maximum/personne pour les publications en lien avec le projet*).

### 10. Engagement des candidats

Les candidats s'engagent à élaborer, mettre en œuvre et évaluer les projets soumis dans le délai d'accompagnement de deux ans. À l'issue de ces deux ans, une évaluation nationale des projets sera confiée à un prestataire externe. À cette fin, l'ensemble des candidats retenus s'engagent à participer à cette évaluation finale et à fournir des données anonymisées au prestataire externe.

Engagement et signature du directeur d'établissement :

Nom de l'établissement de santé candidat :  
\_\_\_\_\_

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_, directeur d'établissement :

- déclare avoir pris connaissance du projet « *titre du projet à ajouter* » et certifie l'exactitude des informations présentes dans ce dossier ;
- déclare avoir pris connaissance de l'appel à projets « soutien de projets pilotes développant la chirurgie ambulatoire du cancer » ;
- autorise les équipes de mon organisme à participer au projet et m'engage à leur en permettre la réalisation ;
- m'engage à participer à l'évaluation finale de l'ensemble des projets à l'issue des deux ans de mises en œuvre des projets ;
- en conséquence, m'engage à fournir à l'évaluateur externe des données anonymisées en cas de besoin.

Cachet de l'organisme

Le \_\_\_\_\_

Signature :

Engagement et signature du coordonnateur de projet:

Signature du coordonnateur de projet

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_

Coordonnateur de projet

- déclare avoir pris connaissance du projet « *titre du projet à ajouter* » et certifie l'exactitude des informations présentes dans ce dossier;
- déclare avoir pris connaissance de l'appel à projets « soutien de projets pilotes développant la chirurgie ambulatoire du cancer »;
- m'engage à assurer la conduite et la coordination du projet décrit dans le présent dossier ainsi que la communication des résultats à l'ARS compétente et à l'évaluateur externe.

Cachet de l'organisme de rattachement du coordonnateur

Signature:

Le \_\_\_\_\_

Veillez envoyer les signatures manuscrites et originales et non scannées par courrier.

### **Modalités de candidature**

Attention: Tout dossier papier incomplet entrainera l'inéligibilité du projet

Le dossier finalisé est transmis à l'ARS territorialement compétente sous forme électronique et sous forme papier au plus tard le 15 octobre 2015. Les deux formats doivent être strictement identiques à l'exception des signatures.



## SANTÉ

### ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

#### Organisation

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

*Direction générale de l'offre de soins*

Sous-direction de la régulation  
de l'offre de soins

Bureau du premier recours (R2)

#### **Instruction DGOS/R2 n° 2015-184 du 2 juin 2015 relative à la mise en service de la plateforme de localisation des appels d'urgence (PFLAU)**

NOR : AFSH1514442J

*Date d'application* : immédiate.

Validée par le CNP le 13 mai 2015. – Visa CNP 2015-79.

*Catégorie* : mesures d'organisation des services retenues par le ministre pour la mise en œuvre des dispositions dont il s'agit.

*Résumé* : instruction engageant les ARS à informer les directions des établissements de santé sièges de SAMU-centres 15 de la mise en service de la PFLAU et de la nécessité d'y raccorder les SAMU-centres 15 avant septembre 2017.

*Mots clés* : appels d'urgence – centres de réception des appels d'urgence – SAMU – centre 15 – PFLAU – localisation des appels d'urgence – annuaire inversé.

*Référence* :

Code des postes et des communications électroniques, articles D.98-8 et L.36-6.

*Annexe* :

Annexe I. – Modalités de raccordement à la PFLAU.

*La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes  
à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de santé (pour mise en œuvre).*

La PFLAU (Plate-forme de localisation des appels d'urgence) trouve son origine dans le décret n° 2005-862 du 26 juillet 2005 relatif aux conditions d'établissement et d'exploitation des réseaux et à la fourniture de services de communications électroniques qui stipule dans l'article D.98-8 que « Lors d'un appel d'urgence, l'opérateur met sans délai à la disposition des services de secours, agissant dans le cadre de missions d'interventions de secours, les données de localisation de l'appelant par un procédé sécurisé. On entend par données de localisation l'adresse de l'appelant issue de la liste d'abonnés et d'utilisateurs de l'opérateur complète, non expurgée et mise à jour et, dans le cas du service mobile, le lieu géographique de provenance de l'appel le plus précis que les équipements dont l'opérateur dispose sont en mesure d'identifier. » « On entend par appels d'urgence les appels à destination des numéros d'appel d'urgence des services publics chargés : de la sauvegarde des vies humaines, des interventions de police, de la lutte contre l'incendie, de l'urgence sociale. La liste des numéros d'appel d'urgence est précisée par l'Autorité de régulation des communications électroniques et des postes dans les conditions prévues à l'article L.36-6 ».

Afin d'optimiser les investissements nécessaires à une meilleure fourniture des données de localisation, les opérateurs ont décidé de mutualiser leurs investissements en créant cette plateforme unique et ont mandaté l'APNF (Association des Plateformes de Normalisation des Flux inter-opérateurs) pour la mise en œuvre opérationnelle. En termes de pilotage, le projet est

porté par le service du haut fonctionnaire de défense et de sécurité des ministères économiques et financiers, dans le cadre d'un groupe de travail émanant de la CICREST (Commission Interministérielle de Coordination des Réseaux et des Services de Télécommunications). Prennent également part à ce groupe de travail le ministère de l'intérieur (MGMSIC ; DGGN et DGPN pour le 17 et DGSCGC pour le 18 et le 112) et le ministère en charge de la santé (DGOS pour le 15 et le 112, accompagnée par l'ASIP Santé).

En termes d'architecture, le choix de créer une PFLAU unique permet aux opérateurs et aux centres de réception des appels d'urgence de ne gérer respectivement qu'une seule liaison. Chaque opérateur est raccordé à la PFLAU *via* un VPN (Virtual Private Network). Les centres de réception des appels d'urgence accèdent à la PFLAU *via* internet de manière sécurisée en utilisant des certificats logiciels :

- un certificat « serveur » pour la localisation des appels provenant d'un téléphone mobile, dit « push » : fourniture des coordonnées de l'antenne relais ayant relayé l'appel, « poussées » à l'initiative des opérateurs vers les centres de réception des appels d'urgence ;
- un certificat « client » pour la localisation des appels provenant d'un téléphone fixe, dit « pull » : fourniture des coordonnées de l'abonné de la ligne, « tirées » à l'initiative des centres de réception des appels d'urgence sur les serveurs de la PFLAU.

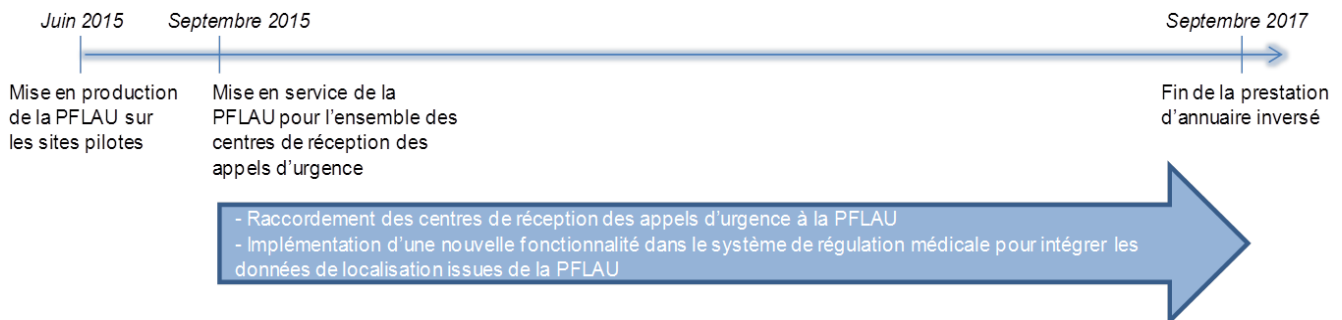
Un point d'attention doit être soulevé : l'article D.98-8 du code des postes et des communications électroniques inscrit l'obligation pour les opérateurs de mettre à disposition des centres de réception des appels d'urgence les données de localisation des appels d'urgence. À ce titre, la mise à disposition des données de localisation des appels d'urgence ne donne lieu à aucune compensation financière de la part des services bénéficiaires (centres de réception des appels d'urgence). Toutefois, cet article ne donne aucune indication quant aux modalités de mise à disposition des données de localisation des appels d'urgence par les opérateurs. Si d'un point de vue opérationnel la PFLAU répond à cette obligation réglementaire, charge ensuite à chaque centre de réception des appels d'urgence de prendre ses dispositions pour intégrer les données de localisation fournies dans son système d'information.

Afin de veiller au bon déroulement des développements de la PFLAU et à la bonne intégration des données de localisation dans chacun des systèmes de régulation médicale actuellement disponibles sur le marché, une phase pilote est organisée à partir de juin 2015. Cinq SAMU-Centres 15 ont ainsi été désignés :

- SAMU 44, éditeur SIS, ARS Pays de la Loire ;
- SAMU 57, éditeur Exos Telecom, ARS Lorraine ;
- SAMU 76A, éditeur RRAMUHN, ARS Haute-Normandie ;
- SAMU 82, éditeur Appligos, ARS Midi-Pyrénées ;
- SAMU 95, éditeur Scriptal, ARS Île-de-France.

La mise en service de la PFLAU est prévue pour septembre 2015. À compter de la date de mise en service, les centres de réception des appels d'urgence disposeront de 24 mois pour se raccorder à la PFLAU. Une fois ce délai dépassé, le service d'annuaire inversé actuellement fourni par les opérateurs sera définitivement arrêté. Les centres de réception des appels d'urgence non raccordés à la PFLAU se retrouveraient alors privés de tout moyen de localisation des appels d'urgence.

Ci-après sont présentés les grands jalons du projet :



Afin d'éviter une dégradation de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des appels d'urgence parvenant aux SAMU-Centres 15, il est demandé à chaque direction d'établissement siège de SAMU-Centre 15 de procéder au raccordement du SAMU-Centre 15 à la PFLAU (*cf.* annexe 1) et de veiller à l'intégration des données de localisation dans le système de régulation médicale. Pour

ce faire, il conviendra que le pouvoir adjudicateur de chaque établissement siège de SAMU-Centre 15 commande à son éditeur de système de régulation médicale la fonctionnalité permettant d'incrémenter les données de localisation dans le système d'information du SAMU-Centre 15.

**Conclusion :**

Il vous est demandé d'informer les directions des établissements sièges de SAMU-Centres 15 de la fin du service annuaire inversé en septembre 2017 et qu'il convient, d'ici cette échéance, de raccorder chacun des SAMU-Centres 15 à la PFLAU qui constituera dès lors l'unique moyen de disposer des données de localisation des appels d'urgence.

Le bureau R2 de la DGOS se tient à votre disposition à l'adresse fonctionnelle suivante :  
DGOS-R2@sante.gouv.fr

Pour la ministre et par délégation :

*Le directeur général de l'offre de soins,*  
J. DEBEAUPUIS

*Le secrétaire général des ministères  
chargés des affaires sociales,*  
P. RICORDEAU

## ANNEXE I

### MODALITÉS DE RACCORDEMENT À LA PFLAU

Pour tout renseignement complémentaire relatif à cette procédure de raccordement, veuillez-vous rapprocher de votre éditeur de système de régulation médicale (SRM).



#### Étape 1 (acteur: directeur de l'établissement siège du SAMU-Centre 15)

Le directeur d'établissement passe commande d'une nouvelle fonctionnalité de la solution logicielle auprès de son éditeur de système de régulation médicale.

#### Étape 2 (acteur: éditeur de SRM)

L'éditeur de système de régulation médicale met en place la nouvelle fonctionnalité de la solution logicielle et les interfaces nécessaires au raccordement à la PFLAU.

#### Étape 3 (acteur: directeur de l'établissement siège du SAMU-Centre 15)

Le directeur d'établissement signe les conditions générales d'utilisation (CGU) de la PFLAU fournie par l'intermédiaire de son éditeur de système de régulation médicale et les retourne à l'APNF.

#### Étape 4 (acteur: APNF)

L'APNF active le service PFLAU pour le SAMU-Centre 15 après vérification fonctionnelle et réception des CGU signées.

## SANTÉ

### ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

#### Organisation

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

*Direction générale de l'offre de soins*

Le directeur général

Sous-direction du pilotage  
de la performance des acteurs  
de l'offre de soins

*Direction générale de la santé*

Le directeur général

Sous-direction prévention  
des risques infectieux

*Direction générale  
de la cohésion sociale*

La directrice générale

Service des politiques d'appui

#### **Instruction DGOS/PF2/DGS/RI1/DGCS n° 2015-202 du 15 juin 2015 relative au programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) 2015**

NOR : AFSH1514349J

Validée par le CNP le 12 juin 2015. – Visa CNP 2015 – 102.

*Catégorie*: mesures d'organisation des services retenues par la ministre pour la mise en œuvre des dispositions dont il s'agit.

*Résumé*: le Propias s'applique aux trois secteurs de l'offre de soins en impliquant les usagers. Il vise à renforcer la prévention des infections associées aux soins, la maîtrise de l'antibiorésistance et à réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs. Non limité dans le temps, il évoluera au regard de ses évaluations.

*Mots clés*: prévention, infections associées aux soins, antibiorésistance, établissement de santé, établissement médico-social, soins de ville, patients, résidents, usagers, professionnels de santé, sécurité des actes invasifs, parcours de santé.

*Références*:

Loi n° 2209-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Article L. 6111-1 et L. 6111-2, article L. 1413-14 du code de la santé publique;

Code de l'action sociale et des familles, notamment son article L. 312-8;

Articles R. 6111-1 à R. 6111-17 du code de la santé publique;

Arrêtés du 3 août 1992 et du 19 octobre 1995 relatifs à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales;

Arrêté du 14 juin 2011 relatif à la commission de suivi des programmes de prévention des infections associées aux soins en établissements de santé et en secteur des soins de ville;

Arrêté du 7 avril 2011 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé;

Circulaire DGS/DHOS/E2 – n° 645 du 29 décembre 2000 relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.

*Circulaires abrogées:*

Circulaire interministérielle DGS/DHOS/DGAS n° 2009-264 du 19 août 2009 relative à la mise en œuvre du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins;

Circulaire DHOS/E2/DGS/RI n° 2009-272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013;

Circulaire interministérielle DGCS/DGS n° 2012-118 du 15 mars 2012 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médicosocial 2011-2013.

*Annexe:*

Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) 2015.

*La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour attribution et diffusion); Mesdames et Messieurs les présidents des unions régionales des professionnels de santé; Mesdames et Messieurs les directeurs des établissements de santé; Mesdames et Messieurs les directeurs des établissements médico-sociaux (pour attribution).*

La présente instruction a pour objet de présenter le programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) 2015.

Le Propias s'appuie sur le parcours du patient lors de sa prise en charge dans les différents secteurs de l'offre de soins, qu'il s'agisse des établissements de santé et médico-sociaux (ES et EMS) ou des soins de ville. Il vise à favoriser la mutualisation des moyens, la synergie, la cohérence et la continuité des actions de prévention tout au long de ce parcours de santé en priorisant les actes les plus à risque. La DGOS, la DGS et la DGCS pilotent conjointement le Propias, un comité de suivi s'assure de sa mise en œuvre et de la concertation des parties prenantes.

Le Propias s'articule autour de trois axes principaux qui reflètent les priorités actuelles de la prévention des infections associées aux soins (IAS):

Axe 1: Développer la prévention des infections associées aux soins tout au long du parcours de santé, en impliquant les patients et les résidents;

Axe 2: Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance dans l'ensemble des secteurs de l'offre de soins;

Axe 3: Réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé.

En ES et en EMS, l'implication forte du directeur/responsable est essentielle pour conduire cette politique de prévention des IAS et appuyer les équipes de professionnels en charge de la mettre en œuvre. En ville, la mise en œuvre du Propias s'appuiera sur les réseaux et représentations de professionnels de santé libéraux (syndicats, ordres, unions, fédérations...). Cette démarche se place dans le contexte de la généralisation de la culture de sécurité des soins.

Le Propias s'inscrit dans la durée, ce qui facilitera le décloisonnement des secteurs de l'offre de soins. Son évaluation sera triennale, orientée sur les priorités stratégiques et les cibles quantitatives de ses trois axes.

Des informations complémentaires peuvent être recueillies sous le présent timbre auprès des directions assurant le pilotage du Propias.

Pour la ministre et par délégation :

*Le directeur général de l'offre de soins,*  
J. DEBEAUPUIS

*Le directeur général de la santé,*  
B. VALLET

*Le directeur général de la cohésion sociale*  
J.-P. VINQUANT

*Le secrétaire général  
des ministères chargés des affaires sociales,*  
P. RICORDEAU



# oropias

programme national d'actions de prévention  
des infections associées aux soins

Juin 2015



## SOMMAIRE

### Liste des abréviations:

#### Introduction

#### **Axe 1 – Développer la prévention des IAS tout au long du parcours de santé, en impliquant les patients et les résidents**

1. Intégration de la prévention des IAS dans un programme unique, autour du patient/résident, et partagé avec l'ensemble des acteurs des trois secteurs de l'offre de soins
2. Structuration régionale de vigilance et d'appui pour développer une culture partagée (professionnels de santé et usagers) de sécurité et de prévention des IAS
3. Promotion de la formation à la prévention des IAS de tous les intervenants (professionnels et usagers) du parcours de santé du patient
4. Renforcement du système de signalement des IAS, extension à tous les secteurs de l'offre de soins et à tous les acteurs (professionnels et patient/résident)
5. Renforcement du système de surveillance des IAS tout au long du parcours de santé

#### **Axe 2 – Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance dans l'ensemble des secteurs de l'offre de soins**

1. Associer les usagers du système de santé à la maîtrise de l'antibiorésistance
2. Renforcer l'observance des précautions « standard », pour tout patient/résident, lors de tous les soins et en tout lieu
3. Améliorer la maîtrise des BMR endémiques et BHR émergentes
4. Réduire l'exposition aux antibiotiques et ses conséquences dans la population des usagers de la santé

#### **Axe 3 – Réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé**

1. Renforcer et ancrer la culture de sécurité de l'ensemble des personnels pratiquant des actes invasifs.
2. Surveiller les infections associées aux actes invasifs, dont les dispositifs médicaux implantables, tout au long du parcours de santé
3. Améliorer la surveillance et la prévention des infections du site opératoire tout au long du parcours de santé du patient (ES-EMS-Ville)

#### Bibliographie

Argumentaire scientifique des cibles quantitative



LISTE DES ABRÉVIATIONS :

|          |  |
|----------|--|
| AES      | Accident exposant au sang  |
| ANSM     | Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé  |
| ARLIN    | Antenne régionale de la lutte contre les infections nosocomiales   |
| ARS      | Agence régionale de santé  |
| ATB      | Antibiotiques  |
| BHRe     | Bactérie hautement résistante émergente  |
| BMR      | Bactérie multi-résistante  |
| BN       | Bactériémie nosocomiale  |
| CCLIN    | Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales  |
| CCI      | Chambre à cathéter implantable   |
| CCA      | Centre de conseil en antibiothérapie   |
| CIRE     | Cellule interrégionale d'épidémiologie   |
| C3G      | Céphalosporine de 3 <sup>e</sup> génération  |
| COSPIN   | Commission de suivi des programmes de prévention des infections associées aux soins en établissement de santé et dans le secteur de soins de ville |
| CNAMTS   | Caisse nationale assurance maladie des travailleurs salariés   |
| CREX     | Comité de retour d'expérience  |
| CIOA     | Centre de référence des infections ostéo-articulaires  |
| CVC      | Cathéter veineux central   |
| DARI     | Document d'analyse du risque infectieux  |
| DGCS     | Direction générale de la cohésion sociale  |
| DGOS     | Direction générale de l'offre de soins   |
| DGS      | Direction générale de la santé   |
| DIV      | Dispositif intra-vasculaire  |
| DMI      | Dispositif médical implantable   |
| DMP      | Dossier médical partagé  |
| DPC      | Développement professionnel continu  |
| EARS-Net | European antimicrobial resistance surveillance network   |
| EBLSE    | Entérobactérie productrice de betalactamase à spectre étendu   |
| EHPAD    | Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes   |
| EIG      | Événement indésirable grave  |
| EMH      | Équipe mobile d'hygiène  |
| EMS      | Établissement médico-social  |
| ENEIS    | Enquête nationale des événements indésirables liés aux soins   |
| ENP      | Enquête nationale de prévalence  |
| EOH      | Équipe opérationnelle en hygiène   |
| EPC      | Entérobactérie productrice de carbapénèmase  |
| EPI      | Équipement de protection individuelle  |
| EPP      | Évaluation des pratiques professionnelles  |
| ERG      | Entérocoque résistant aux glycopeptides  |
| ERV      | Entérocoque résistant à la vancomycine   |
| ES       | Établissement de santé   |

|           |   |
|-----------|---|
| e-SIN     | Signalement électronique des infections nosocomiales                                    |
| GDR       | Gestion des risques   |
| GDRAS     | Gestion des risques associés aux soins  |
| GREPHH    | Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière                               |
| HAS       | Haute autorité de santé   |
| HDM       | Hygiène des mains   |
| HCSP      | Haut conseil de la santé publique   |
| IAS       | Infection associée aux soins  |
| ICD       | Infection à <i>Clostridium difficile</i>  |
| ICSHA     | Indicateur de consommation des SHA  |
| IN        | Infection nosocomiale   |
| INPES     | Institut national de prévention et d'éducation pour la santé                            |
| InVS      | Institut de veille sanitaire  |
| ISO       | Infection du site opératoire  |
| LBM       | Laboratoire de biologie médicale  |
| OMEDIT    | Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique |
| PACTE     | Programme d'amélioration continue du travail en équipe                                  |
| PCC       | Précautions complémentaires contact   |
| PEC       | Prise en charge   |
| PHA       | Produit hydro-alcoolique  |
| PIAS      | Prévention des infections associées aux soins   |
| PICC-line | Cathéter central inséré par voie périphérique   |
| PMSI      | Programme de médicalisation des systèmes d'information                                  |
| PNSP      | Programme national de sécurité des patients   |
| PS        | Précautions « standard »  |
| PTG       | Prothèse totale de genou  |
| PTH       | Prothèse totale de hanche   |
| RAISIN    | Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales         |
| REX       | Retour d'expérience   |
| RI        | Risque infectieux   |
| RMM       | Revue de morbi-mortalité  |
| ROSP      | Rémunération sur objectif de santé publique   |
| RREVA     | Réseaux régionaux de vigilance et d'appui   |
| RU        | Représentant des usagers  |
| SARM      | <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méticilline                                 |
| SHA       | Solution hydro-alcoolique   |
| SHS       | Sciences humaines et sociales   |
| SIH       | Système d'information hospitalier   |
| SLD       | Soins de longue durée   |
| SNS       | Stratégie nationale de santé  |
| SRA       | Structure régionale d'appui (Qualité)   |
| SRVA      | Structure régionale de vigilance et d'appui   |
| SSR       | Soins de suite et de réadaptation   |

|       |   |
|-------|---|
| TdBIN | Tableau de bord des infections nosocomiales     |
| TROD  | Test rapide d'orientation diagnostique          |
| UCSA  | Unité de consultations et de soins ambulatoires |
| URPS  | Union régionale des professionnels de santé     |

## INTRODUCTION

Depuis 1994, les programmes de prévention et de lutte contre les infections nosocomiales (IN) sont élaborés tous les quatre à cinq ans. Le précédent programme (2009-2013) a fait l'objet d'une évaluation par le Haut Conseil de santé publique (HCSP) qui a rendu son rapport en juillet 2014<sup>1</sup>. Ce rapport préconise un état des lieux approfondi et partagé entre les différents secteurs (établissements de santé (ES) - établissements médico-sociaux (EMS) - soins de ville) et des orientations impliquant ces trois secteurs en suivant le parcours de santé du patient/résident.

Ce nouveau programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) a été élaboré par la commission de suivi des programmes de prévention des infections associées aux soins (Cospin) en établissement de santé et en secteur de soins de ville, conjointement avec la direction générale de l'offre de soins (DGOS), la direction générale de la santé (DGS) et la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), sous l'égide du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales.

Le Propias s'appuie sur le parcours de santé du patient au cours de sa prise en charge dans les différents secteurs de l'offre de soins, qu'il s'agisse des ES, des EMS, ou des soins de ville. Il vise à favoriser la mutualisation des moyens, la synergie, la cohérence et la continuité des actions de prévention tout au long de ce parcours, en se focalisant sur les activités les plus à risque entraînant une prise en charge partagée au sein des différents secteurs.

Il tient compte des autres plans, programmes nationaux et de l'évolution récente et à venir de la politique de santé :

Le programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011-2013 dont la méthodologie d'action préconisée dans les EMS, sous forme de la mise en place d'une démarche d'analyse de risque formalisée dans le document d'analyse du risque infectieux (DARI), est pérennisée<sup>2</sup>;

Le plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016 et les textes réglementaires correspondants en vigueur;

Le programme national pour la sécurité du patient (PNSP) 2013-2017, notamment son axe 1 : information du patient, coacteur de sa sécurité, partenariat soignant-soigné; son axe 2 : déclaration et prise en compte des événements indésirables associés aux soins et son axe 3 : formation, culture de sécurité, appui;

Le programme national d'amélioration de la politique vaccinale (2012-2017).

La réorganisation des vigilances, l'accentuation de leur caractère régional ou inter-régional, dans le contexte de la nouvelle loi de santé prévue dès 2015.

Sans perdre de vue les fondamentaux de la prévention des infections associées aux soins (en pratique, les précautions « standard ») qui doivent toujours être soutenus et renforcés, le Propias s'articule autour de trois axes principaux qui reflètent les priorités actuelles en matière de prévention des infections associées aux soins (PIAS). La définition de ces priorités s'appuie sur l'état des lieux disponible à partir des données de surveillance (ENP<sup>3</sup>, réseaux RAISIN<sup>4</sup>), des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (tableaux de bord des IN et Ipaqss<sup>5</sup>) et des systèmes d'alerte et enquêtes (signalements e-SIN, enquête ENEIS<sup>6</sup>, enquête ville...), du bilan du précédent programme, de l'évolution des structures de soins et des prises en charge (ex. : développement des prises en charge ambulatoires), de l'évolution vers une gestion des risques coordonnée et intégrée aux pratiques de soins et enfin des réorganisations territoriales.

---

<sup>1</sup> HCSP: rapport d'évaluation du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013, 7 juillet 2014.

<sup>2</sup> Le bilan de la mise en œuvre de ce programme, réalisé en mars 2015 fait apparaître une hétérogénéité dans l'engagement des EMS dans la démarche de gestion du risque infectieux, qui va nécessiter d'affiner certains points du programme en préparant d'ici la fin 2015, dans le cadre du PROPIAS, un DARI de deuxième génération.

<sup>3</sup> Enquête nationale de prévalence : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2013/Enquete-nationale-de-prevalence-des-infections-nosocomiales-et-des-traitements-anti-infectieux-en-etablissements-de-sante-France-mai-juin-2012>

<sup>4</sup> Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-associees-aux-soins/Surveillance-des-infections-associees-aux-soins-IAS>

<sup>5</sup> Arrêté du 11 février 2014 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats publiés chaque année des indicateurs de qualité et de sécurité des soins ; <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028625878>

<sup>6</sup> Enquête nationale des événements indésirables liés aux soins : <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-observees-dans-les-etablissements-de-sante,7390.html>

Le patient et son parcours constituent le fil conducteur du Propias. La transversalité de la plupart des actions permettra aux professionnels de santé, quel que soit leur lieu d'exercice, d'être partie prenante des objectifs attendus. Trois axes sont retenus pour encadrer la prévention du risque infectieux et sa prise en charge dans les trois secteurs (ES-EMS-Ville):

**Axe 1 : développer la prévention des IAS tout au long du parcours de santé, en impliquant les patients et les résidents.**

**Axe 2 : renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance dans l'ensemble des secteurs de l'offre de soins.**

**Axe 3 : réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé.**

Le Propias s'inscrit dans la durée. Il fera l'objet d'un suivi annuel et de réactualisations régulières à partir des résultats des objectifs qu'il définit pour les ES, les EMS et la ville. Par ailleurs, il fera l'objet d'une évaluation trisannuelle de ses trois axes au niveau national.

La mise en œuvre du Propias s'appuiera sur l'évolution en cours des comportements, le décloisonnement des secteurs de l'offre de soins et la levée des freins, sources de résistances au changement. En ES et en EMS, l'implication forte du responsable/directeur, qu'il soit médical, paramédical ou administratif, est essentielle à la généralisation de la culture de sécurité des soins. En ville, la mise en œuvre du Propias s'appuiera sur les réseaux et représentations de professionnels de santé libéraux (syndicats, ordres, unions, fédérations...) avec le support de l'ARS.

Pour faciliter la lecture du Propias, des schémas et tableaux résumant la déclinaison des actions proposées par secteur de soins et par niveau d'actions.

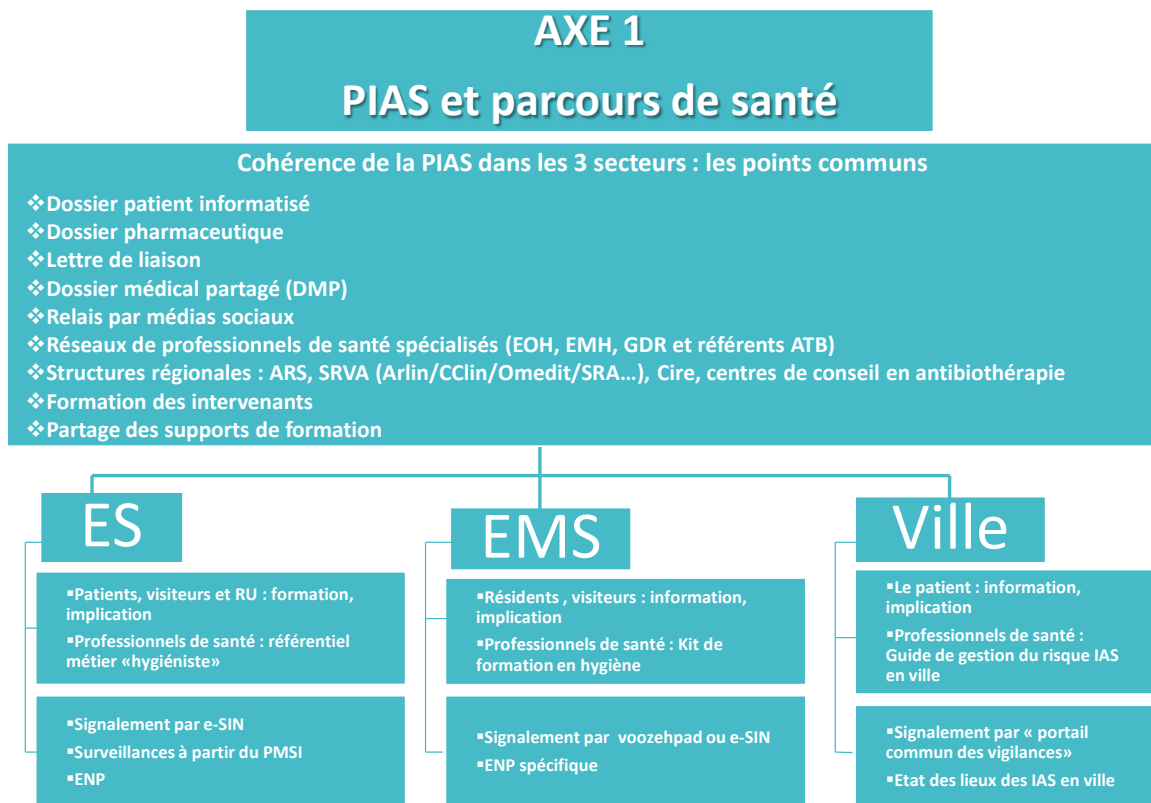
Ces actions sont complétées par des orientations de recherche, relatives à chacun des trois axes, parmi lesquelles doivent être développées les approches en sciences humaines et sociales (SHS), l'évaluation médico-économique des mesures mises en place et le développement d'interventions innovantes en santé. De plus, la place des infections associées aux soins (IAS) parmi les thématiques prioritaires des appels à projets de recherche nationaux (PHRC, PREPS...) doit être maintenue.

La gouvernance du Propias repose sur un pilotage conjoint de la DGOS, la DGS et la DGCS. Le comité de pilotage réunit les décideurs de l'État auxquels seront associés des acteurs publics de sa mise en œuvre. Un comité de suivi accompagne sa mise en œuvre et assure la concertation de ses parties prenantes. Outre les membres du comité de pilotage, elle réunit des représentants d'usagers, des professionnels des secteurs sanitaire et social, des fédérations hospitalières et médico-sociales, des sociétés savantes, des experts et personnes qualifiées.

**Axe 1 – Développer la prévention des IAS tout au long du parcours de santé, en impliquant les patients et les résidents.**

Dans cet axe sont notamment prises en compte les priorités du PNSP relatives à l'information et l'implication du patient dans un partenariat soignant-soigné: le patient est coacteur de sa sécurité et participe à la déclaration des événements indésirables associés aux soins. Parmi les objectifs de cet axe figure l'information des usagers et la formation de leurs représentants (RU) et leur participation à la politique de gestion des risques des ES. Il développe également les actions spécifiques coordonnées des structures régionales et la formation de tous les intervenants du parcours de santé.

Cet axe comprend cinq thèmes déclinés en objectifs et actions. Le schéma ci-dessous résume les points communs aux trois secteurs de l'offre de soins et leurs spécificités.



## Thème 1 : intégration de la prévention des IAS dans un programme unique, autour du patient/résident, et partagé avec l'ensemble des acteurs des trois secteurs de l'offre de soins

**Objectif 1 :** il s'agit d'assurer la cohérence, l'efficacité et la synergie des programmes et actions de prévention et de prise en charge des IAS dans les trois secteurs de l'offre de soins.

**Action 1 :** associer le patient/résident comme partenaire de l'équipe soignante dans son projet d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins vis-à-vis du risque infectieux tout au long de son parcours :

Améliorer la qualité de l'information donnée au patient sur les risques infectieux, la prévention, le traitement et le suivi des IAS, notamment en utilisant des techniques de reformulation<sup>7</sup> ; Développer et diffuser aux patients/résidents, usagers et RU des outils d'aide à la communication avec les professionnels sur les IAS, et favoriser la prise de parole du patient (ex. : oser parler à son médecin, oser déclarer une anomalie dans sa prise en charge, une infection, une BMR...).

**Action 2 :** partager la gestion du risque infectieux au sein des différents secteurs de l'offre de soins d'une région pour améliorer la continuité de la prévention et de la prise en charge des IAS :

S'appuyer sur les objectifs du programme « Hôpital numérique 2012-2017<sup>8</sup> » qui favorise le partage d'information et l'implication des professionnels de santé. Promouvoir l'utilisation du dossier patient, du dossier pharmaceutique informatisés, du carnet de vaccination électronique<sup>9</sup>, du dossier médical partagé (DMP), de la lettre de liaison et l'échange d'informations entre professionnels de santé par messageries sécurisées, pour garantir la continuité et la sécurité des soins ;

Développer et diffuser des recommandations spécifiques et adaptées aux différents secteurs de l'offre de soins (ex. : précautions « standard » (PS) d'hygiène, surveillance d'un dispositif invasif, prise en charge d'un patient porteur de BHR, atteint de gale...), des procédures de prévention des risques professionnels vis-à-vis du risque infectieux (PS, accident exposant au sang (AES), équipement de protection individuelle (EPI), etc.), des procédures de prévention du risque lié à l'environnement (eau<sup>10</sup>, air...), favoriser leur partage à travers l'outil informatique, en prenant en compte les impératifs du développement durable, tout au long du parcours de santé ;

Inciter les équipes pluriprofessionnelles à prioriser les IAS dans les démarches d'amélioration continue du travail en équipe (PACTE<sup>11</sup>), lors d'analyses collectives (observation en situation de travail<sup>12</sup>, patient traceur) et de retour d'expérience ; mettre en valeur la fonction de tutorat en équipe pluriprofessionnelle.

**Action 3 :** favoriser l'utilisation des médias sociaux, supports d'une mobilisation et d'un engagement à grande échelle du public sur l'amélioration de la qualité des soins, pour relayer des événements nationaux (« journée mondiale hygiène des mains du 5 mai », « journée européenne d'information sur les antibiotiques », « semaine de la sécurité des patients »...) et pour diffuser les initiatives et réussites des acteurs de terrain.

## Thème 2 : structuration régionale de vigilance et d'appui pour développer une culture partagée (professionnels de santé et usagers) de sécurité et de prévention des IAS

**Objectif 2 :** il s'agit de décliner la PIAS en utilisant les ressources régionales et en favorisant leur interopérabilité.

**Action 1 :** établir et maintenir, au niveau de l'ARS, en lien avec les structures régionales de vigilance et d'appui (SRVA), un annuaire régional des professionnels impliqués dans la gestion du risque infectieux pour favoriser la création de réseaux coopératifs de professionnels entre les différents secteurs (ES, EMS, ville) ; le capitaliser au niveau national : équipes opérationnelles d'hygiène (EOH des ES ; équipes mobiles d'hygiène : EMH coordonnées en région...), référents en antibiothérapie, gestionnaires de risque, ingénieurs qualité, directeurs d'ES et EMS.

<sup>7</sup> En référence au « teach-back » : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201404/2014\\_02\\_14\\_cahier\\_des\\_charges\\_pacte\\_vd.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201404/2014_02_14_cahier_des_charges_pacte_vd.pdf)

<sup>8</sup> Hôpital numérique 2012-2017 : <http://www.sante.gouv.fr/le-programme-hopital-numerique.html>

<sup>9</sup> Carnet de vaccination électronique : <https://www.mesvaccins.net/>

<sup>10</sup> Plan national santé-environnement 3 : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNSE3\\_v\\_finale.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNSE3_v_finale.pdf)

<sup>11</sup> Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe de la HAS : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1601164/fr/pacte-programme-damelioration-continue-du-travail-en-equipe](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601164/fr/pacte-programme-damelioration-continue-du-travail-en-equipe)

<sup>12</sup> En référence au « shadowing » : <http://www.sante.gouv.fr/la-methode-shadowing-comment-evaluer-l-experience-patient.html>



**Action 2:** renforcer la coopération entre EOH-EMH, Arlin et CCLin et organiser la coopération avec les autres structures de vigilance et d'appui (Omedit, SRA), les centres de conseil en antibiothérapie et les Cire, dans le cadre des réseaux régionaux de vigilance et d'appui (RREVA) et sous la coordination de l'ARS, pour favoriser la mutualisation, la synergie des compétences et le maillage régional de l'expertise. Ce réseau de structures régionales d'appui s'inscrira dans un cadre national de référence de fonctionnement.

**Action 3:** conforter et étendre les expériences positives des ARS relatives à l'accompagnement des EMS et des professionnels libéraux, notamment la mise en place de dispositifs d'appui territorialisés pour la qualité et la sécurité des soins.

**Action 4:** renforcer les actions de prévention des IAS par des équipes de professionnels formés et spécialisés en hygiène, en soutien aux trois secteurs de l'offre de soins:

S'assurer que les EOH/EMH sont en capacité de répondre aux missions élargies, le cas échéant, aux trois secteurs (ES, EMS et ville), qui leurs sont confiées en termes de compétence (formation à la PIAS) et de temps dédié;

En ES, les EOH sont en conformité avec les ratios de personnels prévus par la circulaire de 2000<sup>13</sup>.

### Thème 3: promotion de la formation à la prévention des IAS de tous les intervenants (professionnels et usagers) du parcours de santé du patient

**Objectif 3:** il vise à augmenter et harmoniser le niveau de compétence des professionnels de santé et autres intervenants ainsi que la connaissance des usagers concernant la prévention des IAS.

**Action 1:** renforcer la formation des professionnels de santé:

Inscrire dans la formation initiale de tous les professionnels de santé (facultés de médecine, facultés de pharmacie, écoles de sage-femme, d'infirmières, écoles des métiers du paramédical...) un module d'hygiène et de prévention du risque infectieux, dispensé en priorité par des professionnels spécialisés en hygiène.

Rendre obligatoire la formation continue en hygiène, dispensée par des professionnels spécialisés en hygiène, de tous les professionnels de santé, y compris les correspondants médicaux et paramédicaux en hygiène;

Élaborer et mettre à disposition par le réseau CCLin/Arlin, des supports de formation transversaux ou spécifiques à chaque secteur: par exemple kit de formation, vidéos de sensibilisation à l'hygiène, diffusion de l'outil « Mobiquial<sup>14</sup> » de gestion du risque infectieux dans les EMS, guide de gestion du risque IAS en ville;

Élaborer un référentiel métier « hygiéniste » (médical et paramédical) sous l'égide de la Société française d'hygiène hospitalière (SF2H); développer et harmoniser la formation continue des professionnels en hygiène (en ES, EMS, ARS et SRVA...) en pérennisant la formation à la PIAS comme axe de DPC;

Inclure les formations en hygiène dans la construction du programme qualité et sécurité des soins des établissements, en les valorisant notamment lors de la démarche de certification.

Favoriser et exploiter les démarches relatives à la PIAS des représentations professionnelles (syndicats, ordres, unions, fédérations...).

**Action 2:** utiliser les méthodes d'apprentissage par simulation et retour d'expérience:

Inclure les mesures essentielles d'hygiène dans chaque grand thème de formation par simulation en santé;

Former les professionnels en hygiène à l'utilisation et à la diffusion des outils de gestion des risques associés aux soins (GDRAS) (analyses de scénarii, visites de risque ...), à la participation aux retours d'expérience (CREX, RMM) et à l'utilisation des outils d'analyse approfondie des causes des IAS évitables;

**Action 3:** former les patients en auto-traitement à la prévention du risque infectieux. Identifier les acteurs et partenaires pour favoriser la mise en œuvre des précautions d'hygiène en auto-traitement.

**Action 4:** former les RU et les impliquer dans la définition et le suivi des actions proposées dans les ES, en particulier à l'élaboration du programme d'actions Lin annuel local, intégré au programme d'actions de la commission ou conférence médicale d'établissement de l'ES.

<sup>13</sup> Circulaire DGS/DHOS/E2 – N° 645 du 29 décembre 2000, relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.

<sup>14</sup> Outil « Mobiquial »: <http://www.mobiquial.org/outils/risques-infectieux/>



Proposer des formations « compétences PIAS » aux RU, pour les aider à acquérir un savoir-être (mise en situation, théâtre-forum) et un savoir-faire (appropriation des résultats d'audits et enquêtes);

Instaurer une relation privilégiée entre le RU et l'EOH à travers sa participation effective aux activités du Clin et de l'EOH (plan d'actions Lin annuel, enquêtes, publication des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (TdBIN...));

Impliquer les RU et les professionnels au niveau régional/national dans la traduction, pour le grand public, des résultats des surveillances ou d'enquêtes épidémiologiques.

**Thème 4 :** renforcement du système de signalement des IAS, extension à tous les secteurs de l'offre de soins et à tous les acteurs (professionnels et patient/résident)

**Objectif 4 :** le signalement des IAS devient opérationnel par tous les acteurs, tout au long du parcours de santé.

**Action 1 :** développer le dispositif de signalement des IAS, promouvoir et optimiser son usage dans le contexte de la SNS et de la réorganisation des vigilances<sup>15</sup>:

Mettre en place le signalement des IAS par les professionnels en soins de ville et le renforcer dans les EMS;

Mettre en place le signalement des IAS par les usagers comme celui d'autres événements indésirables associés aux soins;

S'assurer que tous les ES sont en capacité d'émettre un signalement externe *via* l'outil informatique dédié aux IN (e-SIN<sup>16</sup>);

Mesurer l'impact de la promotion du signalement des IAS, à partir d'évaluations qualitatives et quantitatives, en particulier au regard de l'activité de l'ES;

Réaliser une analyse approfondie des causes d'IAS lors d'un signalement externe d'IN lorsque cela est jugé pertinent par les acteurs du signalement. Cette analyse peut être réalisée par le responsable signalement de l'ES, mais également par l'Arlin, l'ARS, le Cclin, l'InVS, selon le contexte épidémiologique.

Promouvoir le signalement des événements inhabituels porteurs de risques identifiés dans les trois secteurs de soins.

**Action 2 :** analyser les retours d'expérience, au niveau régional (ARS, SRVA) dans le cadre des EIAS, permettant d'en déterminer des causes racines. Partager ces analyses au niveau national (agences, réseaux, Cospin) pour en tirer des enseignements et orienter des actions régionales et nationales.

**Thème 5 : renforcement du système de surveillance des IAS tout au long du parcours de santé**

**Objectif 5 :** le système de surveillance permet d'établir un état des lieux des IAS dans les trois secteurs et le suivi des actions menées pour adapter les politiques.

**Action 1 :** développer la surveillance automatisée à partir des systèmes d'information hospitalière (SIH), notamment pour des actes invasifs ciblés (ex. : chirurgie prothétique);

**Action 2 :** définir une méthodologie pour réaliser au niveau national et tous les cinq ans, une enquête de prévalence des IAS dans les EMS (Ehpad en priorité) et un état des lieux en ce qui concerne les IAS auprès des professionnels de santé libéraux en ville;

**Action 3 :** réaliser une enquête nationale de prévalence des IAS en ES (comportant un volet antiinfectieux) en respectant, au mieux, la périodicité de cinq ans;

**Action 4 :** adapter les politiques de prévention et les indicateurs et/ou les cibles quantitatives en fonction des données issues des réseaux de surveillance et de veille sanitaire.

<sup>15</sup> Stratégie nationale de santé et réorganisation des vigilances.: [http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse/42/breves/2325/feuille-de-route-de-la-strategie\\_16246.html](http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse/42/breves/2325/feuille-de-route-de-la-strategie_16246.html)

<sup>16</sup> Signalement externe des IN dématérialisé « e-SIN » : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-associees-aux-soins/Signalement-et-alertes/Signalement-externe-des-infections-nosocomiales>

**Orientations de recherche**

Évaluer l'impact de l'analyse collective des IAS, du travail en équipe pluri-professionnelle, du tutorat, sur la qualité de la PIAS et de sa prise en compte par tous les intervenants du parcours de santé.

Évaluer les freins au signalement des IAS, leur impact, et les facteurs associés à la levée de ces freins.

Évaluer l'impact de la mise en place du signalement par le patient.

Rechercher des indicateurs pertinents pour la ville.

Évaluer le risque professionnel et les organisations de travail chez les professionnels de santé libéraux.

Rechercher des indicateurs pertinents pour le parcours de santé.

## RÉPARTITION SYNTHÉTIQUE DES OBJECTIFS ET ACTIONS DE LA PIAS DE L'AXE 1 SELON LES NIVEAUX DE MISE EN ŒUVRE\*

| OBJECTIFS (O)  | ACTIONS (A)   |  |   |
|--|---|--|---|
|  | LOCAL   | RÉGIONAL   | NATIONAL  |
| O1: Cohérence, efficacité, synergie de la PIAS dans les 3 secteurs                   | A1 : Patient/résident, partenaire de l'équipe soignante<br>A2: Améliorer le travail en équipe/tutorat   | A2: Diffusion des recommandations actualisées de PIAS  | A2: S'appuyer sur les objectifs d'« Hôpital numérique » et « territoire de soins numérique »<br>A2: Guide de gestion du risque IAS en ville<br>A3: Utilisation des médias sociaux   |
| O2: La PIAS déclinée en région   | A1 : Missions élargies pour les EOH/création d'EMH<br>A1: Coopération EOH/GDR/Référent ATB et dans les 3 secteurs<br>A4: Conformité des EOH au ratio  | A1: Annuaire des professionnels en hygiène et référents ATB<br>A1: Réseaux EOH/EMH/GDR et référents en antibiothérapie, centres de conseil en antibiothérapie<br>A2: Coopération des réseaux avec les SRVA (Arlin/CClin/Omedit/SRA), Cire, coordination par ARS<br>A3: Valorisation de l'accompagnement des ARS en EMS et soins de ville | A1 : Annuaire des professionnels en hygiène et référents ATB<br>A4: Ratio des professionnels en hygiène en ES   |
| O3: Compétences des professionnels de santé et connaissances des usagers sur la PIAS | A1 : Formation continue de tous professionnels de santé en hygiène<br>A1 : Formation continue des professionnels spécialisés en hygiène<br>A2: Méthodes d'apprentissage par simulation<br>A3: Informer et associer le patient à sa PEC<br>A4: Former les RU | A1 : Formation continue des professionnels en hygiène en SRVA<br>A1: Outils métiers<br>A1: Supports de formation<br>A2: Outils de GDRAS, RMM, REX...<br>A4: Former les RU<br>A4: Version grand public des résultats des surveillances  | A1 : Formation initiale en hygiène obligatoire pour tous professionnels de santé dans tous les secteurs<br>A1 : Référentiels métier d'hygiéniste<br>A1: Supports de formation<br>A2: Outils de GDRAS, RMM, REX...<br>A4: Former les RU<br>A4 : Version grand public des résultats des surveillances |
| O4 : Le signalement des IAS par tous   | A1: Tous les ES ont une connexion opérationnelle à e-SIN<br>A2 : Analyse approfondie des causes pour certaines IAS signalées en externe (en ES)   | A1: Promouvoir le signalement des IAS en ville et en EMS<br>A1: Evaluation qualitative et quantitative du signalement<br>A2: Analyse de REX  | A1 : Indicateurs qualitatifs et quantitatifs<br>A1: SNS/réorganisation des vigilances: mise en place du portail commun de déclaration   |
| O5: État des lieux des IAS (ES, EMS, ville)  | A1 : Surveillance automatisée à partir des SIH (actes ciblés)   | A2: ENP en EMS et état des lieux en soins de ville<br>A4: Renforcer l'utilisation des données issues des réseaux de surveillance   | A2: ENP en EMS et état des lieux en soins de ville<br>A3: ENP des IAS en ES<br>A4: Renforcer l'utilisation des données issues des réseaux de surveillance   |

\* les niveaux de mise en œuvre: local, régional et national; certaines actions peuvent concerner plusieurs niveaux

RÉPARTITION DES CIBLES QUANTITATIVES DE L'AXE 1 PAR SECTEURS D'OFFRE DE SOINS

| ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ  |  | NIVEAU               | ÉCHÉANCE<br>Périodicité   | SOURCE                 |
|--|--|----------------------|---------------------------|------------------------|
| Formation des RU   | 100 % des ES ont partagé avec les RU l'élaboration de leur plan d'action Lin   | Local                | Annuel                    | BilanLin               |
| Communication  | 100 % des ES ont recours aux outils de communication validés pour faciliter la compréhension du risque infectieux par le patient                               | National             | 2016                      | BilanLin               |
| EOH  | 100 % des ES sont en conformité avec les ratios de personnels des EOH  | National             | 2015/annuel               | BilanLin               |
| Signalement  | 100 % des ES en capacité d'émettre un signalement <i>via</i> e-SIN   | National             | 2015/annuel               | InVS                   |
| Surveillance   | Enquête nationale de prévalence des IAS en ES  | National             | 2017/5 ans                | InVS                   |
| ÉTABLISSEMENTS MÉDICAUX-SOCIAUX<br>Secteurs des soins de ville |  | NIVEAU               | ÉCHÉANCE<br>Périodicité   | SOURCE                 |
| Signalement<br>Surveillance                                    | Mise en place du signalement dans le cadre de la SNS<br>Enquête nationale de prévalence des IAS en EMS (Ehpad en priorité) et état des lieux en soins de ville | National<br>National | 2016/annuel<br>2016/5 ans | SNS vigilances<br>InVS |

**Axe 2 – Renforcer la prévention et la maîtrise de l’antibiorésistance dans l’ensemble des secteurs de l’offre de soins.**

La consommation toujours trop élevée d’antibiotiques en France<sup>17</sup>, l’augmentation inquiétante de l’incidence nationale, parmi les bactéries multirésistantes (BMR), des entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu (EBLSE), l’émergence de bactéries hautement résistantes aux antibiotiques (BHRe: ERV, EPC), à l’origine d’impasses thérapeutiques, et l’incidence croissante des infections à *Clostridium difficile* dans tous les secteurs de l’offre de soins, font de l’antibiorésistance et de la réduction de l’exposition aux antibiotiques des enjeux majeurs de santé publique. Si une baisse des taux d’infection à *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) est observée depuis une dizaine d’années en France, le taux de SARM y reste un des plus élevés d’Europe (ref ECDC), ce qui justifie le maintien d’une vigilance sur ce témoin de la qualité de la prévention de la transmission croisée dans tous les secteurs de l’offre de soins.

L’antibiorésistance rend la prise en charge de certaines IAS (dues à BMR, BHRe, *Clostridium*....) plus complexe. Les actions développées dans ce deuxième axe ont pour objectif de renforcer la prévention et la maîtrise de l’antibiorésistance, de promouvoir le bon usage des antibiotiques pour en préserver l’efficacité et pour une maîtrise coordonnée des IAS associées à ces germes.

La prévention et la maîtrise de l’antibiorésistance reposent sur la juste utilisation des antibiotiques et la prévention de la transmission croisée tout au long du parcours de santé du patient/résident. L’information et l’implication des patients/résidents prévue à l’axe 1 est également un élément clé de la réussite de cet objectif. En amont de l’antibiothérapie, la vaccination des patients/résidents à risque et des professionnels de santé contribue au moindre usage des antibiotiques et indirectement à la maîtrise de l’antibiorésistance.

Cet axe s’appuie sur le plan national d’alerte sur les antibiotiques 2011-2016 qui développe les recommandations de juste utilisation des antibiotiques par les professionnels de santé et un volet de communication vers le public. Il prend également en compte les priorités du PNSP, ciblées sur l’information du patient, le signalement de l’antibiorésistance et la formation des professionnels. En ES et EMS, le succès de ces mesures dépend de l’engagement du responsable/directeur et de l’implication des professionnels médicaux, paramédicaux dans la mise en œuvre des actions de prévention et de maîtrise de l’antibiorésistance. Dans les EMS, comme en ville, le succès repose sur l’implication des professionnels libéraux. Dans ce cadre, la coordination de ces actions par l’ARS et l’implication des réseaux et représentations de professionnels de santé libéraux (ordres, fédérations, syndicats, unions) sont essentielles.

Cet axe comprend quatre thèmes déclinés en objectifs et actions. Le schéma ci-dessous résume les points communs aux trois secteurs de l’offre de soins et leurs spécificités.

---

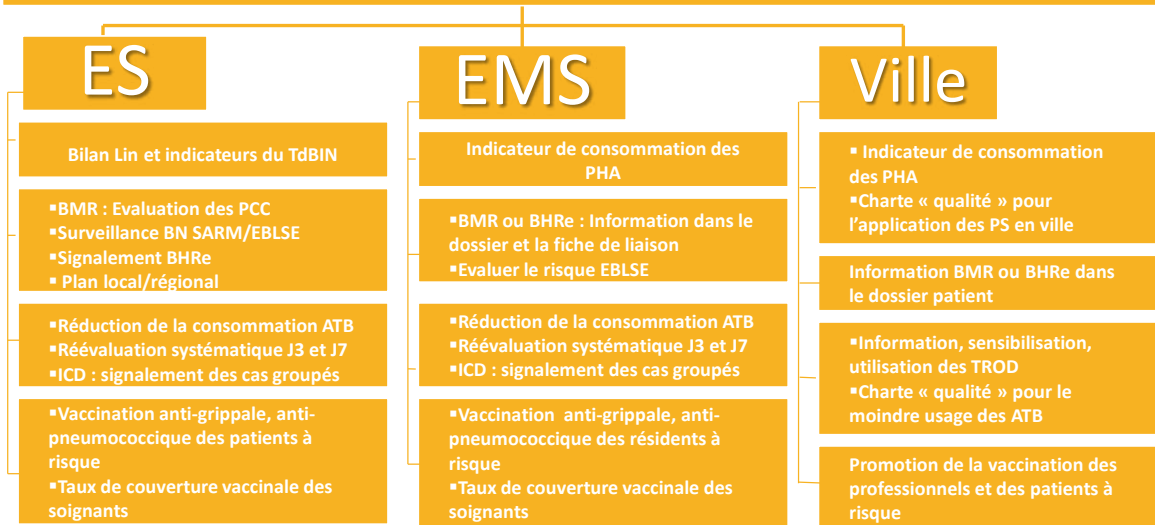
<sup>17</sup> Rapport de l’ANSM de novembre 2013 : [http://ansm.sante.fr/content/download/56371/725211/version/1/file/Rapport\\_Antibiotiques-Critiques\\_Novembre2013.pdf](http://ansm.sante.fr/content/download/56371/725211/version/1/file/Rapport_Antibiotiques-Critiques_Novembre2013.pdf)

## AXE 2

### Prévention et maîtrise de l'antibiorésistance

#### Cohérence de la PIAS dans les 3 secteurs : les points communs

- ❖ Promotion de l'hygiène des mains et des PS-gestion des *excreta* : Grand public/Patients/Résidents
- ❖ Outils de communication transversale via le patient, son dossier, la lettre de liaison, pour BMR-BHRe
- ❖ ATB : Formation, information des professionnels, guide de bon usage , outils facilitateurs
- ❖ Carnet de vaccination électronique pour tous



**Thème 1 : associer les usagers du système de santé à la maîtrise de l'antibiorésistance**

**Objectif 1 :** le patient et le public sont coacteurs de la maîtrise de l'antibiorésistance

**Action 1 :** amplifier l'information du grand public sur la transmission croisée et sa prévention, en priorité sur l'hygiène des mains en toutes circonstances (à la maison, à l'école...) par le maintien des actions d'information et de formation de l'Inpes (formation e-Bug<sup>18</sup>). Sensibiliser le public et les usagers de la santé aux risques associés à l'exposition excessive aux antibiotiques (pression de sélection exercée par les antibiotiques) en lien avec l'Inpes, notamment en organisant la mutualisation des supports de communication développés (ex. : document de non-prescription d'antibiotiques de la CnamTS remis par le médecin au patient, logiciels métiers élaborés par la HAS, « jeux sérieux<sup>19</sup> ») et faciliter la participation du public à la « journée européenne d'information sur les antibiotiques » et à la « journée mondiale sur l'hygiène des mains du 5 mai ». Informer sur les risques spécifiques aux infections virales, leur prévention et leur traitement (non antibiotique) en lien avec la CnamTS. Informer le public de la mise à disposition au cabinet médical, de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD angines, TROD grippe) et de dépistage (bandelettes urinaires).

**Action 2 :** généraliser l'information des patients/résidents porteurs de BMR/BHRe sur les risques potentiels et les mesures d'hygiène recommandées, au cours de l'hospitalisation, lors d'un transfert ou lors du retour à domicile ou en EMS, à l'aide d'outils de communication éprouvés (aide-mémo, lettre de liaison), en s'assurant de leur compréhension (techniques de reformulation) et de leur réelle transversalité.

**Thème 2 :** renforcer l'observance des précautions « standard », pour tout patient/résident, lors de tous les soins et en tout lieu

**Objectif 2 :** il vise à améliorer le niveau d'application des précautions « standard » dans les trois secteurs, la prise en compte du « péril fécal » et de l'environnement

**Action 1 :** améliorer l'observance des précautions « standard » (PS), en particulier de l'hygiène des mains :

Assurer la formation de tous les professionnels à l'hygiène des mains dès la formation initiale et s'assurer de la cohérence des messages délivrés par les différents formateurs ;

Amplifier la campagne annuelle nationale de communication et de promotion de l'hygiène des mains « journée mondiale sur l'hygiène des mains du 5 mai » vers les professionnels de santé et le public, en développant de nouveaux outils avec l'Inpes ;

En ES, adapter un indicateur de consommation des PHA pour une meilleure prise en compte d'objectifs plus ambitieux et motivants, intégrant l'observance de l'hygiène des mains, pour les différentes catégories d'activité, avec rétro-information semestrielle aux équipes.

Étendre la démarche aux autres secteurs, en proposant un indicateur pour les EMS et un indicateur pour l'application des précautions « standard » en soins de ville, en s'appuyant sur une « charte de qualité pour des soins plus sûrs » pour favoriser la généralisation des bonnes pratiques ; en ville, la ROSP pourrait être un support facilitateur.

Utiliser, en ES et EMS, les outils mis à disposition (GrepH) pour effectuer des audits d'hygiène des mains et d'utilisation des gants, et les outils de gestion des risques « visites de risque<sup>20</sup> » à périodicité définie dans tous les secteurs d'activité, avec rétro-information aux équipes ;

Maintenir au niveau national la promotion de l'observance de l'hygiène des mains, au moyen d'outils d'amélioration à destination des EOH (mission mains propres<sup>21</sup>, audits GrepH) et par des indicateurs appropriés ;

Sensibiliser les personnels au port de masque et s'assurer de la disponibilité d'équipements de protection individuelle (EPI) *ad hoc*. Favoriser les campagnes saisonnières de sensibilisation.

<sup>18</sup> Programme initié par l'Union européenne, qui propose aux enseignants des outils pédagogiques pour améliorer les connaissances des élèves des classes de CM1 et CM2 et de 6<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> sur les thèmes des microorganismes utiles et pathogènes; de la transmission des infections et des gestes simples d'hygiène; du traitement des infections en particulier par les antibiotiques (utilisation, résistances) et de la prévention des infections par les vaccinations. En France, ce programme a été lancé en 2009 en lien avec le ministère de l'éducation nationale. [http://www.ebug.eu/fr\\_home.aspx?cc=fr&ss=1&t=Bienvenue+sur+le+site+e-Bug!](http://www.ebug.eu/fr_home.aspx?cc=fr&ss=1&t=Bienvenue+sur+le+site+e-Bug!)

<sup>19</sup> En référence aux « serious games » : <http://esante.gouv.fr/le-mag-numero-7/les-serious-games-le-futur-de-la-formation-medicale>

<sup>20</sup> En référence à l'outil d'évaluation des risques de la HAS : <http://has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/fiche17.pdf>

<sup>21</sup> Mission mains propres : <http://www.sante.gouv.fr/mission-mains-propres,12848.html>

**Action 2:** prioriser la gestion des *excreta* et de l'environnement en ES et EMS

Informers les personnels sur les risques liés à la gestion des *excreta* et former les personnels aux bonnes pratiques ;

S'assurer que des équipements adéquats sont disponibles dans les secteurs à risques<sup>22</sup> et sont utilisés de manière appropriée par du personnel formé ;

Réaliser une évaluation de la gestion des *excreta* (visites de risque, audits ciblés...);

Réaliser une évaluation du bionettoyage en lien avec les prestataires de services éventuels.

**Thème 3: améliorer la maîtrise des BMR endémiques et BHR émergentes**

**Objectif 3:** prioriser la maîtrise des EBLSE, des BHRé et maintenir les actions vis-à-vis des SARM

**Action 1:** évaluer régulièrement le respect des précautions « standard » (incluant la bonne gestion des *excreta* et le bionettoyage quotidien adapté) et complémentaires contact (PCC) pour les patients/résidents colonisés ou infectés par des BMR endémiques (SARM ou EBLSE) et systématiquement pour les patients ou résidents porteurs de BHRé (ERV/ERG et EPC);

**Action 2:** informer et former les professionnels de santé (ES, EMS, Ville) et autres intervenants (visiteurs, transporteurs sanitaires, fournisseurs de matériels, bénévoles, RU...) à la prise en charge adéquate de ces patients ou résidents pour minimiser les risques de transmission ;

**Action 3:** maîtriser la diffusion des EBLSE en ES et évaluer le risque « EBLSE » en EMS :

Assurer le signalement des cas groupés d'EBLSE pour réduire le nombre de cas secondaires en situation épidémique ;

Généraliser à tous les laboratoires de biologie médicale (LBM) la détection du mécanisme de résistance par BLSE devant toute entérobactérie résistante aux C3G en ville et en ES ;

Maintenir la surveillance des EBLSE<sup>23-24</sup> et en particulier surveiller les bactériémies à EBSLE nosocomiales en couplant cette surveillance à des audits de pratiques. Définir un objectif de réduction d'incidence des bactériémies à *Klebsiella pneumoniae* et *Enterobacter cloacae* BLSE ;

Évaluer le risque EBLSE en EMS à l'aide d'enquêtes de prévalence.

**Action 4:** consolider la maîtrise de la diffusion et la diminution des SARM en ES et évaluer le risque « SARM » en EMS :

Maintenir une surveillance des SARM en ES et en particulier des bactériémies à SARM ; réduire, parmi les bactériémies nosocomiales à *S. aureus*, la proportion de SARM dans l'espèce et leur densité d'incidence ;

Évaluer le risque SARM en EMS au travers d'enquêtes de prévalence ;

Réaliser un audit des pratiques et une analyse des causes profondes en cas de survenue d'une IAS grave à SARM (ex: bactériémie, ISO profonde).

**Action 5:** maîtriser le risque BHRé<sup>25-26</sup> :

Mettre en œuvre des mesures permettant de maintenir le taux d'EPC parmi les *K. pneumoniae* isolées d'infections invasives (bactériémies) en ES en France à moins de 1 % ;

Mettre en œuvre des mesures permettant de maintenir le taux d'ERV parmi les *Enterococcus faecium* isolés à partir d'infections invasives (bactériémies) en ES en France à moins de 1 % (données du réseau EARS-net France) ;

S'assurer de l'existence d'un plan régional actualisé de gestion des épidémies coordonné par l'ARS et les SRVA, qui prend en compte le parcours de santé et assure aux patients porteurs de BHRé une prise en charge adaptée dans tous les secteurs de l'offre de soins (incluant l'identification de structures d'aval adaptées). S'assurer de la rétroinformation « BHRé » vers les EOH en cas d'épisodes à diffusion régionale. Les mettre en place le cas échéant ;

<sup>22</sup> Gestion des *excreta*, CCLin Sud-Ouest : [http://www.cclin-sudouest.com/diaporamas/corres\\_mp\\_270314/4-Gestion%20des%20excreta%202014.pdf](http://www.cclin-sudouest.com/diaporamas/corres_mp_270314/4-Gestion%20des%20excreta%202014.pdf)

<sup>23</sup> BMR-Raisin : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-associees-aux-soins/Surveillance-des-infections-associees-aux-soins-IAS/Surveillance-en-incidence>

<sup>24</sup> Lien avec le plan national d'alerte sur les antibiotiques : actions 12 à 14.

<sup>25</sup> Lien avec le plan national d'alerte sur les antibiotiques : actions 12 à 15 et sous action 2 [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_antibiotiques\\_2011-2016\\_DEFINITIF.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_antibiotiques_2011-2016_DEFINITIF.pdf)

<sup>26</sup> Prévention de la transmission croisée des « Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques émergentes » (BHRé), HCSP juillet 2013 : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=372> et <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=201>



S'assurer de l'existence d'un plan local de gestion des épidémies dans les ES<sup>27</sup>, en particulier des cas groupés de BHRé, élaboré par l'EOH en lien avec la GDR, le représentant des usagers et validé par la direction. S'assurer de l'évaluation de sa mise en œuvre conformément aux recommandations en vigueur. Les mettre en place le cas échéant;

Signaler<sup>28</sup> sans délai tous les nouveaux cas de BHRé (EPC, ERV/ERG) et définir le nombre de cas secondaires (niveau local) et la proportion d'épisodes avec cas secondaires (niveau national et régional) comme indicateurs témoins de l'efficacité des mesures mises en place pour lutter contre leur diffusion;

Former tous les laboratoires de biologie médicale à la détection rapide des BHRé (dans le cadre de la formation continue des biologistes médicaux) et les sensibiliser à leur rôle d'alerte;

Favoriser le développement et l'accès aux méthodes de diagnostic rapide<sup>29</sup> du portage de BHRé, notamment pour le dépistage des patients à risque : patients rapatriés ou ayant des antécédents d'hospitalisation à l'étranger<sup>30</sup>, patients connus porteurs, patients « contact »;

S'assurer de la transmission adéquate des informations sur le statut de porteur de BHRé et des patients contacts à toutes les étapes du parcours de santé :

- lors des réadmissions : mise à disposition généralisée d'un système informatique de repérage des patients;
- lors des transferts entre les trois secteurs (ES-EMS-ville) : notification systématique du statut porteur ou contact BHRé sur la lettre de liaison.

**Action 6 :** encadrer les traitements antibiotiques prescrits aux patients porteurs de BHRé, ainsi qu'à ceux de la même unité de soins en ES, en lien avec le référent en antibiothérapie et tout au long de leur parcours de santé, en veillant notamment au bon usage des antibiotiques « critiques », définis par l'ANSM.

#### **Thème 4 : réduire l'exposition aux antibiotiques et ses conséquences dans la population des usagers de la santé<sup>31</sup>**

##### **Objectif 4 :** contrôler l'impact des antibiotiques sur la résistance bactérienne

**Action 1 :** améliorer le diagnostic et la prise en charge des infections respiratoires virales à l'aide des tests rapides d'orientation diagnostique disponibles (TROD);

**Action 2 :** former le prescripteur au bon usage des antibiotiques et à la bonne information de l'utilisateur, notamment en impliquant les maîtres de stage en ville et les enseignants hospitalo-universitaires en ES, compétents en antibiothérapie, afin qu'ils transmettent la culture de la juste antibiothérapie aux internes (TROD, outils d'aide à la décision);

**Action 3 :** diminuer le volume de consommation des antibiotiques dans tous les secteurs de l'offre de soins :

Inscrire la réduction des consommations d'antibiotiques comme un objectif prioritaire pour l'ensemble des secteurs de l'offre de soins, comme le prévoit le cadre du « plan d'alerte antibiotique : 2011-2016 ». Prévoir une rétro-information au minimum semestrielle en ES auprès des unités de soins et des prescripteurs. Un bilan annuel est réalisé au niveau régional (ARS et centres de conseil en antibiothérapie avec l'appui des CCLin/Arclin et des Omedit);

Suivre les consommations d'antibiotiques en ville à l'aide des données de la CnamTS et de l'ANSM; envisager d'utiliser la ROSP comme outil d'évaluation des pratiques en antibiothérapie;

<sup>27</sup> Plan local, régional de maîtrise des épidémies : INSTRUCTION N° DGOS/PF2/DGS/RI1/2014-08 du 14 janvier 2014 relative aux recommandations pour la prévention de la transmission croisée des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes : <http://nosobase.chu-lyon.fr/Reglementation/2014/Instruction/14012014.pdf>

<sup>28</sup> Signalement en ES : signalement interne au responsable du signalement et externe à l'ARS et CCLin/Arclin par « e-SIN ».

<sup>29</sup> Point of care tests – POCTs : <https://www.gov.uk/government/publications/uk-5-year-antimicrobial-resistance-strategy-2013-to-2018> ; <http://www.cdc.gov/drugresistance/national-strategy/>

<sup>30</sup> [http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20101116\\_bmrimport.pdf](http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20101116_bmrimport.pdf)

<sup>31</sup> Lien avec le plan national d'alerte sur les antibiotiques : action 3, actions 5 à 8 et action 11.

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_antibiotiques\\_2011-2016\\_DEFINITIF.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_antibiotiques_2011-2016_DEFINITIF.pdf)

Lien avec le programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017 : action 6.

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme\\_national\\_damelioration\\_de\\_la\\_politique\\_vaccinale.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_national_damelioration_de_la_politique_vaccinale.pdf)

S'assurer de la réévaluation systématique de la prescription antibiotique en ES et EMS à j3 et j7, et vérifier l'élimination des antibiothérapies inutilement prescrites, notamment pour les antibiotiques dits « critiques » définis par l'ANSM<sup>32-33</sup>. Définir la proportion de traitements prolongés plus de 7 jours sans justification comme indicateur témoin de la qualité des soins; Mettre à disposition des prescripteurs des recommandations et guides de bonnes pratiques de traitement antibiotique adaptés à chaque secteur et en lien avec l'assurance maladie et les Centres de conseil en antibiothérapie, incluant les protocoles de traitement de première intention des infections les plus courantes (réactualisés tous les 3 ans); ces outils doivent être disponibles sous un format aisément accessible (dépliant, application pour smartphone et tablette) et regroupés en un site unique de formation (apprentissage en ligne: « e-learning ») et d'information<sup>34</sup>. Promouvoir les outils d'aide à la prescription existants et le développement de systèmes d'information facilitant la réévaluation et la justification de l'antibiothérapie (contrat de bon usage (CBU) en ES<sup>35</sup>);

Favoriser les approches d'EPP et programme DPC autour du bon usage des antibiotiques en établissement ou en ville, avec les groupes qualité et les URPS.

**Action 4:** réduire le risque d'infections à *Clostridium difficile* (ICD)

Informier le public et former les intervenants du parcours de santé sur les risques associés à l'antibiothérapie et la survenue d'ICD, en lien avec la CnamTS, l'InVS et les ES<sup>36</sup>;

Promouvoir le signalement des cas groupés d'infections à CD en ES comme en EMS par e-SIN<sup>37</sup> ou par voozehpad<sup>38</sup>;

Évaluer systématiquement le respect des précautions complémentaires contact (PCC), des bonnes pratiques de gestion des excréta et d'entretien de l'environnement spécifiques aux ICD;

S'assurer de la mise en œuvre des méthodes diagnostiques recommandées et de leur harmonisation au niveau national<sup>39</sup>.

**Action 5:** réduire les taux d'infections en promouvant la vaccination des patients/résidents à risque, celle des professionnels de santé et des étudiants, dans le cadre du programme national d'amélioration de la politique vaccinale<sup>40</sup>:

Promouvoir le carnet de vaccination électronique pour tous les professionnels de santé. Les ES, sous la responsabilité du directeur<sup>41</sup>, le créeront pour tous leurs personnels, de telle sorte qu'ils puissent connaître leur statut vaccinal et leur immunisation contre l'hépatite B (disponible sur les carnets de vaccination électroniques). En ville, sa mise en place est à promouvoir par les différents ordres et/ou collègues professionnels;

Vaccination des patients ou résidents à risque:

S'assurer de la couverture vaccinale anti-pneumococcique adéquate des patients à risque en SSR-LD et résidents en Ehpad;

Organiser la vaccination annuelle contre la grippe des patients en SLD et des résidents en Ehpad;

Poursuivre et renforcer, avec l'Inpes, l'information sur les vaccinations au cabinet médical (outils de communication, affichage du calendrier vaccinal);

Mettre en œuvre une campagne de communication nationale sur le principe de la vaccination.

<sup>32</sup> Rapport de l'ANSM de novembre 2013 : [http://ansm.sante.fr/content/download/56371/725211/version/1/file/Rapport\\_Antibiotiques-Critiques\\_Novembre2013.pdf](http://ansm.sante.fr/content/download/56371/725211/version/1/file/Rapport_Antibiotiques-Critiques_Novembre2013.pdf)

<sup>33</sup> Liste des antibiotiques « critiques » : <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Les-antibiotiques-consideres-comme-critiques-premieres-reflexions-sur-leur-caracterisation-Point-d-information>

<sup>34</sup> Mémo et guide HAS Février 2014 : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-02/conseils\\_prescription\\_antibiotiques\\_rapport\\_d\\_elaboration.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-02/conseils_prescription_antibiotiques_rapport_d_elaboration.pdf);

<sup>35</sup> Arrêté du 18 novembre 2013 fixant le contrat type de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028220981&dateTexte&categorieLien=id>

<sup>36</sup> Plan national d'alerte sur les antibiotiques : action 10, sous-action 4 [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_antibiotiques\\_2011-2016\\_DEFINITIF.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_antibiotiques_2011-2016_DEFINITIF.pdf)

<sup>37</sup> Signalement des infections nosocomiales : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-associees-aux-soins/Signalement-et-alertes/Signalement-externe-des-infections-nosocomiales>

<sup>38</sup> Instruction DGS/RI1/DGCS no 2012-433 du 21 décembre 2012 relative aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës ou des gastro-entérites aiguës dans les collectivités de personnes âgées : [http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-01/ste\\_20130001\\_0100\\_0094.pdf](http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-01/ste_20130001_0100_0094.pdf)

<sup>39</sup> Saisine du HCSP : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=32>

<sup>40</sup> Programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017 : <http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html>

<sup>41</sup> Article L31.11.4 du code de santé publique : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000021709132>

Réduire le risque de transmission des infections par les personnels des ES et EMS en s'assurant que les obligations et recommandations vaccinales les concernant sont rigoureusement mises en œuvre :

Informar les soignants des objectifs et bénéfices des vaccinations lors de leur formation initiale, en début d'exercice et tout au long de leur cursus professionnel et s'assurer du respect des obligations ;

Vérifier avec les professionnels de santé leur immunisation concernant les vaccinations professionnelles recommandées ;

Promouvoir et organiser la vaccination annuelle des personnels soignants contre la grippe en ES et EMS (« je me protège contre la grippe et je protège mon entourage ») en rappelant les responsabilités de chacun et donner l'information sur la couverture atteinte aux soignants et à la CME.

#### **Orientations de Recherche**

Étudier le comportement des prescripteurs et du public vis à vis des antibiotiques, l'évaluation des freins à la réduction de leur consommation et l'influence des facteurs socio-économiques en France et en région (SHS)

Évaluer l'impact des prescriptions d'antibiotiques en ville sur l'antibio-résistance

Évaluer les freins au signalement et à la mise en œuvre précoce des mesures recommandées pour les BHRé (SHS).

Évaluer aux niveaux local et régional les besoins logistiques, les coûts (étude d'impact financier, rapport cout/efficacité des interventions), et les conséquences sur l'organisation des structures de soins de la prise en charge de patients porteurs de BHRé.

Études d'intervention sur les stratégies de maîtrise de la diffusion des EBLSE dans la communauté et en milieu de soins (incluant la gestion des excréta).

Poursuivre les recherches sur les facteurs associés et la prévention des infections à ICD.

Études d'intervention visant à améliorer la couverture vaccinale des soignants (contre la grippe en particulier) dans les trois secteurs ES/EMS/Ville.

Favoriser le développement d'alternatives à l'antibiothérapie.

RÉPARTITION SYNTHÉTIQUE DES OBJECTIFS ET ACTIONS DE LA PIAS DE L'AXE 2 SELON LES NIVEAUX DE MISE EN ŒUVRE\* :

| OBJECTIFS (O)   | ACTIONS (A)   |   |  |
|---|---|---|--|
|   | LOCAL   | RÉGIONAL  | NATIONAL   |
| O1 : Le patient - acteur de la maîtrise de l'antibiorésistance                                | A1 : Sensibiliser les patients/résidents à la pression de sélection par les ATB<br>A2 : Informer les patients/résidents porteurs de BMR/BHRe  | A1 : Outils d'informations pour les patients/résidents  | A1 : Information du grand public<br>A1 : Journée antibiotiques   |
| O2 : Améliorer le niveau d'application des PS et la prise en charge du péril fécal            | A1 : Formation continue de tous les professionnels à l'HDM<br>A1 : Audits d'HDM et suivi bisannuel des consommations de PHA<br>A1 : Sensibilisation des professionnels aux autres PS : port des gants et du masque<br>A1 : Adhésion aux campagnes saisonnières de sensibilisation<br>A2 : Gestion des excréta/Formations/Audits ciblés<br>A2 : Bionettoyage quotidien   | A1 : Formation continue des professionnels des SRVA et ARS aux PS<br>A1 : Evaluation des PS<br>A1 : Outils Graphh<br>A1 : Charte « qualité pour des soins plus surs » pour les professionnels de santé libéraux (PS, HDM, EPI)<br>A2 : Prioriser la gestion des excréta /Formations/Audits ciblés<br>A2 : Evaluation du bionettoyage  | A1 : Formation initiale de tous les professionnels à l'HDM<br>A1 : Journée mondiale HDM et boîte à outil nationale<br>A1 : Indicateur de consommation des PHA en ES et EMS et en soins de ville<br>A1 : Indicateur d'observance HDM: Outils Graphh<br>A1 : Charte « qualité pour des soins plus surs » pour les professionnels de santé libéraux   |
| O3 : Prioriser la lutte contre les EBLSE, les BHRe et maintenir les actions vis à vis du SARM | A1 : Evaluation régulière des PS et PCC chez les patients BMR/BHRe<br>A2 : Informer et former tous les intervenants<br>A3 : Maîtriser la diffusion des EBLSE<br>A3 : Incidence des BN à EBLSE en ES, cibles quantitatives pour les BN à K. pneumoniae et E. cloacae BLSE<br>A3 : Prévalence des EBLSE en EMS<br>A4 : Consolider la maîtrise des SARM<br>A4 : Incidence des BN à SARM en ES/ % parmi les BN à SA/RMIM<br>A4 : Prévalence des SARM en EMS<br>A5 : Risque BHRe/Signallement de tout nouveau cas<br>A5 : Cibles quantitatives pour BHRe<br>A5 : Evaluation systématique des PCC/gestion des excréta<br>A5 : Système informatique de repérage lors des réadmissions/fiche de liaison lors des transferts<br>A5 : Méthodes de détection rapide BHRe<br>A5 : Plan local de gestion des épidémies<br>A6 : Encadrer les traitements antibiotiques des porteurs de BHRe et des contacts | A3/A4 : Surveillance BMR-Raisin<br>A3/A4 : Surveillance des BN à SARM et EBLSE(Raisin)<br>A5 : Analyse des signalements BHRe<br>A5 : Cibles quantitatives pour BHRe<br>A5 : Plan régional de gestion des épidémies Analyse des signalements BHRe<br>A5 : Cibles quantitatives pour BHRe   | A3/A4 : Surveillance BMR-Raisin<br>A3/A4 : Surveillance des BN à SARM et EBLSE(Raisin)<br>A5 : Analyse des signalements BHRe<br>A5 : Cibles quantitatives pour BHRe  |
| O4 : Contrôler l'impact des antibiotiques sur la résistance bactérienne                       | A1 : Place des TROD<br>A2 : Formation des prescripteurs<br>A3 : Réduction de consommation des ATB et réévaluation à J3 et J7<br>A3 : Développer les systèmes d'information facilitant la réévaluation<br>A3 : EPP, DPC, Audit ATB thérapie et prophylaxie<br>A4 : Réduire l'incidence des ICD<br>A4 : Promouvoir et étendre le signalement des cas groupés<br>A5 : Promouvoir la vaccination des patients ou résidents à risque et des professionnels de santé (taux de couverture vaccinale)   | A2 : Formation initiale et continue des prescripteurs<br>A3 : Surveillance par les SRVA<br>A3 : Pilotage par les ARS de la mise en œuvre du plan ATB<br>A3 : Mobilisation des ES par l'ARS via les CPom et de la ville par les URPS<br>A3 : Mise à disposition des prescripteurs des guides de bonne pratique et protocoles de première intention/site d'infection<br>A4 : Analyser les signalements d'ICD<br>A5 : Promouvoir la vaccination des patients à risque et des professionnels de santé | A2 : Formation initiale des prescripteurs<br>A3 : Surveillance ATB Raisin<br>A3 : Indicateur TdBIN du bon usage des ATB<br>A3 : Suivi du Plan Alerte ATB<br>A3 : Mise à disposition des prescripteurs des guides de bonne pratique<br>A4 : Analyser les signalements d'ICD<br>A5 : Promouvoir la vaccination des patients à risque et des professionnels de santé (taux de couverture vaccinale) |

\* les niveaux de mise en œuvre : local, régional et national ; certaines actions peuvent concerner plusieurs niveaux

## RÉPARTITION DES CIBLES QUANTITATIVES DE L'AXE 2 EN ES

| ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ |   | NIVEAU                        | ÉCHÉANCE<br>Périodicité | SOURCE                     |
|-------------------------|---|-------------------------------|-------------------------|----------------------------|
| PHA                     | % de conformité de l'hygiène des mains $\geq 80$ %<br>La consommation atteint au moins 80 % de la cible en fonction du secteur d'activité   | Local<br>Régional<br>National | 2015<br>Annuel          | Grephe<br>BilanLin         |
| BMR                     | % SARM parmi les BN à <i>S. aureus</i> $\leq 20$ %<br>Diminution de la densité d'incidence des BN à SARM de 20 %  | National                      | 2017<br>2018            | Raisin                     |
|                         | 100 % des BN à SARM potentiellement évitables font l'objet d'une analyse des causes   | Local                         | 2016                    | BilanLin                   |
|                         | Stabilisation de la densité d'incidence des BN à <i>K.pneumoniae</i> ou <i>E.cloacae</i> BLSE<br>Diminution de la densité d'incidence des BN à <i>K.pneumoniae</i> ou <i>E.cloacae</i> BLSE de 20 %.  | National<br>Local             | 2018<br>2020            | Raisin                     |
| BHRe                    | Taux d'EPC parmi les bactériémies à <i>Klebsiella pneumoniae</i> $\leq 1$ %   | National                      | 2015<br>Annuel          | EARS-net                   |
|                         | Taux d'ERV parmi les bactériémies à <i>Enterococcus faecium</i> $\leq 1$ %  | National                      | 2015<br>Annuel          | EARS-net                   |
|                         | Proportion de cas secondaires sur l'ensemble des cas de BHRe $\leq 20$ %<br>Proportion d'épisodes avec cas secondaires $\leq 10$ %  | Local<br>Régional<br>National | 2015<br>Annuel          | CClin/Arlin<br>ARS<br>InVS |
|                         | Mise à disposition d'un système informatique de repérage des patients BHRe et des contacts en cas de réadmission pour 100 % des ES<br>Lettre de liaison inclut l'information en cas de transfert entre ES-EMS-Ville dans 100 % des ES   | Local                         | 2015                    | BilanLin                   |
| ATB                     | Réduction de la consommation d'antibiotiques pour rejoindre la moyenne européenne en 5 ans<br>Proportion de traitements antibiotiques curatifs de plus de 7 jours non justifiés $\leq 10$ %   | Local<br>Régional<br>National | 2020<br>2016            | Raisin<br>BilanLin         |
|                         | Proportion d'ATB prophylaxies de plus de 24h $\leq 10$ %  | Local                         | 2015                    | BilanLin                   |
| Vaccins                 | 100 % des responsables d'ES connaissent l'immunisation contre l'hépatite B de leur personnel exposé<br>100 % des soignants connaissent leur couverture vaccinale/immunisation contre la rougeole, la coqueluche et la varicelle<br>100 % des ES organisent une campagne annuelle de vaccination des professionnels de santé contre la grippe et retro-informent sur la couverture vaccinale obtenue | Local<br>National<br>Local    | 2015<br>Annuel<br>2016  | BilanLin<br>InVS/INPES     |

RÉPARTITION DES CIBLES QUANTITATIVES DE L'AXE 2 EN EMS ET SECTEUR SOINS DE VILLE

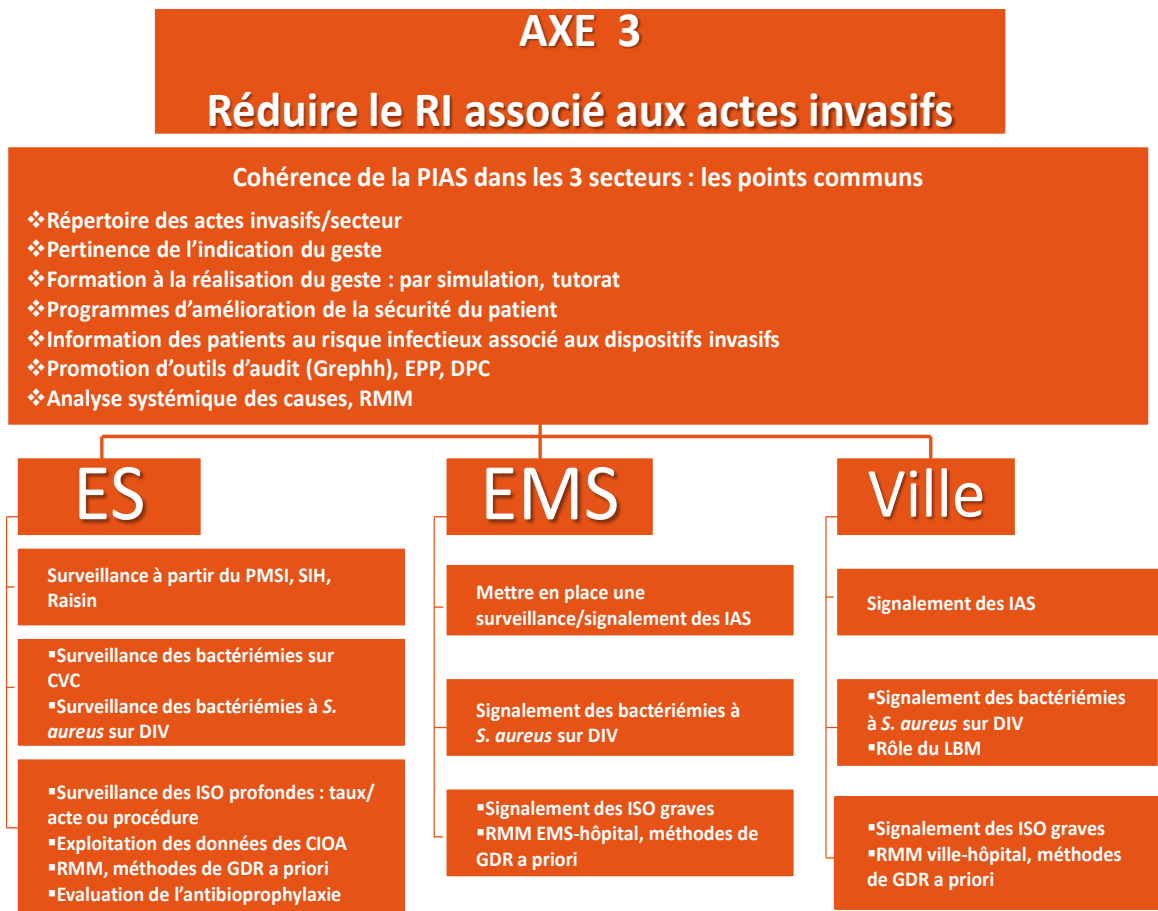
| ÉTABLISSEMENTS MÉDICAUX-SOCIAUX<br>SECTEUR DES SOINS DE VILLE |  | NIVEAU               | ECHÉANCE<br>Périodicité | SOURCE                             |
|---|--|----------------------|-------------------------|------------------------------------|
| PS  | Mise en place de la charte « qualité des soins » pour les précautions « standard »<br>La consommation de PHA atteint 80 % de la cible en fonction du secteur d'activité  | Régional<br>National | 2016/<br>Annuel         | ARS<br>CClin/Arlin                 |
| BMR   | 100 % des LBM détectent les BLSE devant toute entérobactérie résistante aux C3G  | Régional<br>National | 2016                    | ARS<br>CClin/Arlin                 |
| BHRe  | Lettre de liaison inclut l'information en cas de transfert entre ES-EMS-Ville pour<br>100 % des patients porteurs  | Local<br>Régional    | 2015                    | ARS<br>CClin/Arlin                 |
| ATB   | Mise en place de la charte « qualité des soins » pour la non prescription d'antibiothérapies inutiles<br>Réduction de la consommation d'antibiotiques pour rejoindre la moyenne européenne en 5 ans  | Régional<br>National | 2016<br>2020            | ARS, SRVA<br>C N A M T S ,<br>ANSM |
| Vaccins   | 100 % des professionnels de santé connaissent leur immunisation contre l'hépatite B<br>100 % des EMS organisent une campagne annuelle de vaccination des professionnels de santé contre la grippe et retro-informent sur la couverture vaccinale obtenue | Régional             | 2016/<br>Annuel         | ARS<br>CClin/Arlin                 |

**Axe 3 – Réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé.**

Les actes invasifs comportent des risques, en particulier infectieux, qui peuvent se manifester tout au long du parcours de santé. La maîtrise de ces risques vise à éliminer ceux qui auraient pu être évités. Le PNSP rappelle que la gestion des risques associe la prévention de tous les risques liés aux soins qui peuvent être identifiés et la « détection-atténuation » des événements indésirables lorsqu'ils surviennent.

Cet axe met en avant les outils de prévention, de surveillance et d'alerte permettant la détection des IAS évitables associées aux actes invasifs, l'évaluation des mesures de prévention mises en œuvre et l'analyse des causes profondes selon une approche systémique. Cette analyse englobe la pertinence de l'acte invasif, la qualité de sa réalisation, la prévention et la prise en charge d'une éventuelle complication infectieuse.

Cet axe comprend trois thèmes déclinés en objectifs et actions. Le schéma ci-dessous résume les points communs aux trois secteurs de l'offre de soins et leurs spécificités.





## **Thème 1 : renforcer et ancrer la culture de sécurité de l'ensemble des personnels pratiquant des actes invasifs**

**Objectif 1 :** connaître, évaluer et prévenir le risque infectieux associé aux actes invasifs réalisés dans les trois secteurs de l'offre de soins.

**Action 1 :** identifier le risque lié aux actes invasifs effectués en secteurs ES, EMS ainsi qu'en soins de ville, effectuer une analyse a priori des risques infectieux associés. Ecrire le cas échéant, définir, hiérarchiser et diffuser les recommandations de bonnes pratiques de prévention correspondantes, en les rendant aisément accessibles aux professionnels concernés. Programmer dans les ES des « visites de risque » dans tous les secteurs pratiquant des gestes invasifs, en commençant par les plus à risque, en s'appuyant localement sur les EOH et la qualité/gestion des risques en lien éventuel avec les Arlin/CCLin et autres SRVA . Mettre en œuvre ces « visites de risque » en ville et EMS avec les ARS, les SRA, les Arlin/CCLin et autres SRVA en appui (information/participation des ordres professionnels). Celles-ci peuvent concerner des activités (soins dentaires, pédicure podologue, mésothérapie, acupuncture, cures thermales, médecine et chirurgie esthétique, par exemple) et des lieux très divers.

**Action 2 :** effectuer des revues de pertinence des actes afin de réduire l'exposition aux dispositifs invasifs et envisager des alternatives à l'acte invasif. S'assurer de la réévaluation quotidienne de la pertinence du maintien des dispositifs invasifs pour la durée nécessaire et indispensable aux soins du patient;

**Action 3 :** s'assurer que la formation des professionnels à la bonne réalisation des actes invasifs a lieu avant leur mise en pratique; développer le tutorat, l'accès des professionnels à la formation par simulation, intégrant les bonnes pratiques d'hygiène, d'asepsie et de prévention. Développer et utiliser des outils spécifiques dédiés à la prévention du risque infectieux associé aux actes invasifs (traçabilité, outils d'aide à l'observance, aide-mémoire, « jeux sérieux », ..) et s'assurer qu'ils sont utilisés auprès du patient. Favoriser la pratique du : « savoir dire non après évaluation de la probabilité de succès » (go/no go);

**Action 4 :** développer les programmes d'amélioration de la sécurité du patient fondés sur le travail en équipe et/ou l'apprentissage par l'erreur (lever les blocages culturels), s'appuyant par exemple sur une approche multifacettes comportant un groupe de mesures de prévention essentielles, ou d'actions de prévention spécifiques ciblées sur certains actes, comportant un volet d'évaluation des pratiques, définies en lien avec les sociétés savantes. Favoriser dans les ES ces approches pour la prévention des infections les plus fréquentes et/ou les plus graves associées aux actes invasifs;

**Action 5 :** renforcer la promotion d'audits de pratique des actes invasifs (endoscopie, cathétérisme, etc..) et d'EPP de prévention des infections les plus fréquentes et/ou les plus graves associées aux actes invasifs, en s'appuyant sur les outils disponibles (outils Grepheh, certification, accréditation, DPC, REX, RMM ville-hôpital) pour accroître la culture de sécurité des professionnels de santé;

**Action 6 :** mettre en œuvre des actions de sensibilisation et d'évaluation du respect des bonnes pratiques et protocoles relatifs aux actes invasifs en ville, quelle que soit la spécialité. Réaliser des contrôles de conformité réglementaires des installations (participation des ordres professionnels le cas échéant), par exemple pour les soins dentaires.

## **Thème 2 : surveiller les infections associées aux actes invasifs dont les dispositifs médicaux implantables tout au long du parcours de santé**

**Objectif 2 :** disposer d'outils de surveillance des infections associées aux actes invasifs dans les trois secteurs de l'offre de soins.

**Action 1 :** associer les patients à la surveillance des dispositifs médicaux implantables (DMI) à travers leur information sur les risques et leur prévention et sur la conduite à tenir face à un incident (ES, EMS, Ville), en s'assurant de leur compréhension (outil de reformulation);

**Action 2 :** en ES, utiliser les entrepôts de données (PMSI, SIH) et développer des méthodes/outils pour surveiller les infections associées à certains actes invasifs (ex : ISO après pose de prothèse articulaire ou autres dispositifs implantés, certains cathéters veineux centraux tels les cathéters centraux à insertion périphérique (Picc), les cathéters à chambre implantable (CCI) ...);

**Action 3 :** poursuivre et/ou mettre en place, dans les ES, une surveillance des bactériémies associées aux cathéters veineux centraux (CVC) en réanimation et hors réanimation. L'objectif cible quantifié en réanimation doit être maintenu; hors réanimation, un objectif cible de réduction d'incidence est proposé;



**Action 4 :** généraliser la surveillance des bactériémies associées aux dispositifs invasifs, dont les bactériémies à *S. aureus* sur DIV (cathéter périphérique, CVC, CCI, Picc...) en ES avec un objectif de réduction. En EMS et en ville, l'objectif est de repérer les bactériémies à *S. aureus* sur DIV à partir du LBM.

**Thème 3 : améliorer la surveillance et la prévention des infections du site opératoire tout au long du parcours de santé du patient (ES-EMS-Ville)**

**Objectif 3 :** disposer d'outils de surveillance des ISO graves (profondes ou nécessitant une reprise chirurgicale), d'évaluation de leur prévention et de gestion des risques adaptés dans les trois secteurs de l'offre de soins.

**Action 1 :** améliorer la surveillance et la déclaration des infections graves associées à la chirurgie :

Généraliser la surveillance des ISO graves (profondes ou nécessitant une reprise chirurgicale) sur des actes ciblés définis en lien avec les professionnels; utiliser le SIH pour fournir des taux d'ISO par acte/procédure, en débutant par la chirurgie orthopédique prothétique (PTH, PTG); Valoriser les données issues des structures de prise en charge des infections ostéo-articulaires (CIOA) pour préciser les facteurs de risque d'infection et optimiser leurs prévention et prise en charge;

Favoriser la déclaration/signalement des ISO graves par les professionnels comme par les usagers, quel que soit leur lieu de survenue tout au long du parcours de santé, ainsi que leur analyse *a posteriori* (RMM) pour mobiliser les équipes chirurgicales autour de la prévention des ISO;

Coupler la surveillance des ISO à des modules d'évaluation des pratiques de prévention, incluant l'antibioprophylaxie.

**Action 2 :** augmenter la sécurité des organisations et améliorer la prévention :

S'assurer de la qualité et de la traçabilité de l'antibioprophylaxie chirurgicale au bloc opératoire :

Vérifier l'existence d'un protocole actualisé d'antibioprophylaxie chirurgicale, de sa mise à disposition pour les prescripteurs et de leur formation en lien avec le référent en antibiothérapie de l'établissement;

Systématiser les audits annuels de conformité de l'antibioprophylaxie, indicateurs du bon usage des antibiotiques au bloc opératoire. Définir un indicateur de qualité, dont l'objectif est une proportion minimale d'antibioprophylaxies d'une durée supérieure à 24h.

Utiliser dans tous les blocs opératoires des méthodes d'analyses de risques a priori (analyses de scénario, visites de risque...) en s'appuyant localement sur les EOH/EMH et la qualité/gestion des risques en lien éventuel avec les Arlin/CCLin et autres SRVA;

Participer au développement des programmes d'amélioration de la culture de sécurité, du travail en équipe au bloc opératoire de manière à favoriser l'observance des bonnes pratiques et mobiliser les équipes chirurgicales à la prévention des ISO.

**Orientations de recherche**

Étudier les facteurs comportementaux et organisationnels liés au risque infectieux chirurgical. Favoriser l'exploitation des données issues des structures labélisées de prise en charge des infections ostéo-articulaires (CIOA).

Développer la recherche concernant l'analyse à partir des entrepôts de données pour la surveillance automatisée des infections post-opératoires d'actes ciblés.

Évaluer l'impact de l'implication du patient tout au long de sa prise en charge, sur les taux d'infections (ISO, bactériémies sur DIV...).

## RÉPARTITION SYNTHÉTIQUE DES OBJECTIFS ET ACTIONS DE LA PIAS DE L'AXE 3 SELON LES NIVEAUX DE MISE EN ŒUVRE\*

| ACTIONS (A)  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| OBJECTIFS (O)  | LOCAL  | RÉGIONAL  | NATIONAL   |
| O1: Connaître, évaluer et prévenir le risque infectieux associé aux actes invasifs réalisés dans les 3 secteurs de l'offre de soins                                  | A2: Revue de pertinence des actes et du maintien des dispositifs invasifs<br>A3: Formation des professionnels à la pratique des actes invasifs: simulation, tutorat, évaluation des connaissances techniques avant la pratique<br>A4: Programmes d'amélioration de la sécurité du patient: travail en équipe, apprentissage par l'erreur, faisceaux de mesures, etc.<br>A5: Promotion des outils d'audit/Approches EPP-DPC/Analyse systémique des causes/REX-RMM<br>A6: Sensibilisation/évaluation des bonnes pratiques en ville | A1: Identification des actes invasifs réalisés en ville, en EMS / Recommandations associées<br>A1: Diffusion des recommandations de bonnes pratiques (SRVA)<br>A3: Développer des outils spécifiques dédiés à la PIAS (SRVA)<br>A5: Promotion des outils d'audit (Graph, HAS) et analyse des résultats/Publication de REX<br>A6: Contrôles de conformité des installations (ARS, ordres). | A1: Diffusion des recommandations de bonnes pratiques<br>A3: Développer des outils spécifiques dédiés à la PIAS<br>A5: Promotion des outils d'audit (Graph, HAS) et analyse des résultats/Publication de REX |
| O2 : Disposer d'outils de surveillance des infections associés aux actes invasifs dans les 3 secteurs de l'offre de soins  | A1: Associer le patient à la surveillance des DMI<br>A2: Surveillance par les outils du SIH, actes ciblés<br>A3: Surveillance, en ES, des bactériémies associées aux CVC en réanimation et hors réanimation<br>A4: Surveillance (ES) et signalement (ville et EMS) des bactériémies à S. aureus sur DIV à partir du LBM  | A3/A4 : Analyse des données de surveillance et des signalements (CClin/ArIn)  | A3/A4: Analyse des données de surveillance et des signalements   |
| O3 : Disposer d'outils de surveillance des ISO profondes, d'évaluation de leur prévention et de gestion des risques adaptés dans les 3 secteurs de l'offre de soins. | A1: Généraliser la surveillance des ISO graves : automatisation de la surveillance(SH): taux d'ISO<br>A1: Favoriser déclaration des ISO graves (par les professionnels de santé et les patients)<br>A1: RMM pour ISO graves<br>A2: Qualité de l'antibiophylaxie: protocoles actualisés, audits de conformité, etc.<br>A2: Travail en équipe au bloc/mobilisation pour la PIAS  | A1: Analyse des données de surveillance (CClin/ArIn)<br>A2: Former les ES à la gestion des risques a priori et travail en équipe au bloc (CClin/ArIn/SRA)   | A1: Surveillance ISO couplée à des modules d'évaluation de pratiques<br>A1: Analyse des données de surveillance<br>A1: Exploitation des données issues des CIOA.   |

\* les niveaux de mise en œuvre: local, régional et national; certaines actions peuvent concerner plusieurs niveaux

RÉPARTITION DES CIBLES QUANTITATIVES DE L'AXE 3 PAR SECTEURS D'OFFRE DE SOINS

| ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ   |  | NIVEAU   | ÉCHÉANCE<br>Périodicité                 | SOURCE               |
|---|--|--|---|----------------------|
| ISO   | Taux d'ISO par acte/procédure ciblé en chirurgie orthopédique prothétique (PTH, PTG) de première intention en utilisant le SIH: ≤ 1 % pour PTH et PTG  | Local<br>National                                  | 2017<br>Bisannuel                       | Raisin               |
| Bactériémies  | Bactériémie sur CVC en réanimation: taux ≤ 1/1000 J-cathéter<br>Bactériémie sur CVC hors réanimation: diminution de 20 % de la prévalence<br>Diminution de 20 % de la prévalence des bactériémies à S. aureus sur DIV en réanimation et hors réanimation | Local<br>Local<br>Régional<br>National<br>National | 2015/annuel<br>2017/5 ans<br>2017/5 ans | Raisin<br>ENP<br>ENP |
| ÉTABLISSEMENTS MÉDICAUX-SOCIAUX<br>SECTEURS DES SOINS DE VILLE                                    |  | NIVEAU   | ÉCHÉANCE<br>Périodicité                 | SOURCE               |
| Bactériémies  | Signalement des bactériémies à S. aureus sur DIV à partir du LBM*  | Régional   | 2016                                    | ARS CClin/<br>Arlin  |
| * la cible quantitative sera adaptée à l'issue de l'année 2016 en fonction de l'objectif régional |  |  |   |                      |



## Bibliographie

1. CIRCULAIRE DHOS/E2/DGS/RI n° 2009-272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013
2. Rapport d'évaluation, du HCSP, du programme de Prévention des Infections Nosocomiales 2009-2013, (3 juillet 2014): <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=457>
3. Plan national d'alerte sur les Antibiotiques 2011-2016:  
[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_antibiotiques\\_2011-2016\\_DEFINITIF.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_antibiotiques_2011-2016_DEFINITIF.pdf)
4. Rapport du HCSP sur les infections associées aux soins. Propositions pour des indicateurs de résultats à visée de diffusion publique du 10 avril 2013:  
<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=353>
5. Rapport du HCSP sur les Infections associées aux soins: propositions pour des indicateurs de résultats à visée de diffusion publique Rapport d'auditions du 15 mai 2014: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=430>
6. Rapport d'activité de la commission de suivi des programmes de prévention des infections associées aux soins en Établissement de santé et dans le secteur de soins de ville (Cospin) 2011-2012. Décembre 2013 (<http://www.sante.gouv.fr/propias>)
7. Stratégie Nationale de Santé, Feuille de Route 23 septembre 2013: <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-version-longue.pdf>
8. Instruction DGOS/PF2/2013/298 du 12 juillet 2013 relative au programme national pour la sécurité des patients (PNSP): [http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/07/cir\\_37284.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/07/cir_37284.pdf)
9. Circulaire DGOS/PF2 n° 2011-416 du 18 Novembre 2011 en vue de l'application du décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé;
10. Arrêté du 14 juin 2011 relatif à la commission de suivi des programmes de prévention des infections associées aux soins en établissements de santé et en secteur des soins de ville.
11. Circulaire interministérielle DGCS/DGS n° 2012-118 du 15 mars 2012 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011/2013.
12. Surveillance des IAS. Site de l'InVs: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-associees-aux-soins/Surveillance-des-infections-associees-aux-soins-IAS/Surveillance-en-incidence>;
13. Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé, France, mai-juin 2012. Résultats. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2013. 181 p.  
(<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-associees-aux-soins/Surveillance-des-infections-associees-aux-soins-IAS/Surveillance-en-prevalence>)
14. Rapport National 2013 sur le tableau de bord des infections nosocomiales: <http://www.sante.gouv.fr/tableau-de-bord-des-infections-nosocomiales-les-resultats.html>
15. Décret n° 2001-671 du 26 juillet 2001 relatif à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie: Décrets en Conseil d'État), modifié par les articles R. 6111-12 à R. 6111-17 du code de la santé publique.
16. Circulaire DHOS\E2 - DGS\SD5C n° 21 du 22 janvier 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients dans les établissements de santé.
17. Instruction DGOS/PF2/DGS/RI3/2012/75 du 13 février 2012 relative au signalement externe des infections nosocomiales par les établissements de santé et les structures mentionnées à l'article R. 6111-12 du Code de la santé publique ainsi qu'aux modalités de gestion des situations signalées.

18. Étude nationale en Soins Primaires sur les événements indésirables (ESPRIT). Rapport final – Décembre 2013 : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_ESPRIT - etude nationale soins primaires evenements indesirables - decembre 2013.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ESPRIT_-_etude_nationale_soins_primaires_evenements_indesirables_-_decembre_2013.pdf)
19. Enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS)-18 juin 2010. [http://www.drees.sante.gouv.fr/l-enquete-nationale-sur-les-evenements-indesirables-lies\\_6507.html](http://www.drees.sante.gouv.fr/l-enquete-nationale-sur-les-evenements-indesirables-lies_6507.html)
20. SF2H, Prévention de la transmission croisée: précautions complémentaires contact. Hygiène's 2009.
21. Instruction DGOS/PF2/DGS/RI1 n° 2014/08 du 14 janvier 2014 relative aux recommandations pour la prévention de la transmission croisée des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes.
22. Rapport du HCSP Recommandations pour la prévention de la transmission croisée des « Bactéries Hautement Résistantes aux Antibiotiques émergentes » (BHRe), Juillet 2013 [http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/hcsp/2013\\_bhre.pdf](http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/hcsp/2013_bhre.pdf)
23. HAS : Travail en équipe : l'expérimentation du programme PACTE dans une dynamique positive, mis en ligne le 21 juillet 2014 : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1756016/fr/travail-en-equipe-lexperimentation-du-programme-pacte-dans-une-dynamique-positive](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1756016/fr/travail-en-equipe-lexperimentation-du-programme-pacte-dans-une-dynamique-positive)
24. HAS : Gestion Des Risques en Equipe pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Avril 2013 : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1544175/fr/gestion-des-risques-en-equipe-pour-ameliorer-la-qualite-et-la-securite-des-soins](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1544175/fr/gestion-des-risques-en-equipe-pour-ameliorer-la-qualite-et-la-securite-des-soins)
25. NHS / Change Day : <http://changeday.nhs.uk/>
26. DGOS: Mission Mains propres: [http://www.sante.gouv.fr/mission-mains-propres\\_12848.html](http://www.sante.gouv.fr/mission-mains-propres_12848.html)
27. OMS: POUR SAUVER DES VIES: l'hygiène des mains - Une campagne mondiale de l'OMS: <http://www.who.int/gpsc/5may/fr/>
28. ECDC: Journée européenne d'information sur les antibiotiques: <http://ecdc.europa.eu/fr/eaad/pages/home.aspx>
29. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Semaine de la sécurité des patients 2014 : « ensemble, engageons-nous pour des soins continus entre la ville et l'hôpital ». <http://www.sante.gouv.fr/semaine-de-la-securite-des-patients-2014-ensemble-engageons-nous-pour-des-soins-continus-entre-la-ville-et-l-hopital.html>
30. Réseau Cclin-Arlin: <http://www.cclin-arlin.fr/>
31. DGOS: e-Omedit: <https://www.e-omedit.fr>
32. DGOS/Cospin: Hiérarchisation des priorités de surveillance des infections associées aux soins en France. Rapport de Mars 2014
33. HCSP: Infections associées aux soins: propositions pour des indicateurs de résultats à vise de diffusion publique. Rapport Avril 2013.
34. HAS: Grille ALARM, un outil pour structurer l'analyse des causes GESTION DES RISQUES – JAM – n° 14 – Août / Septembre / Octobre 2010 [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1215806/fr/grille-alarm-un-outil-pour-structurer-lanalyse-des-causes](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1215806/fr/grille-alarm-un-outil-pour-structurer-lanalyse-des-causes).
35. HAS, Revue de mortalité et de morbidité (RMM): [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_434817/fr/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_434817/fr/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm)
36. Instruction DGOS/PF2 n° 2012/352 du 28 septembre 2012 relative à l'organisation de retours d'expérience dans le cadre de la gestion des risques associés aux soins et de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en Établissement de santé.
37. ANSM: Évolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2012 - Juin 2013: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Evolution-des-consommations-d-antibiotiques-en-France-entre-2000-et-2012-nouveau-rapport-d-analyse-de-l-ANSM-Point-d-Information>.
38. InVS: Dossier résistance aux anti-infectieux: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Resistance-aux-anti-infectieux/Donnees-par-pathogene>.
39. HCSP, Recommandations relatives aux mesures à mettre en œuvre pour prévenir l'émergence des entérobactéries BLSE et lutter contre leur dissémination – Février 2010: [http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/hcsp/2010\\_enterobactBLSE\\_HCSP.pdf](http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/hcsp/2010_enterobactBLSE_HCSP.pdf)
40. ECDC, Antimicrobial resistance interactive database (EARS-Net): [http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/antimicrobial\\_resistance/database/Pages/database.aspx](http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/antimicrobial_resistance/database/Pages/database.aspx)

41. DGS, Plan Stratégique National 2009–2013 de prévention des infections associées aux soins- Juillet 2009 : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_strategique\\_national\\_2009-2013\\_de\\_prevention\\_des\\_infections\\_associees\\_aux\\_soins.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_strategique_national_2009-2013_de_prevention_des_infections_associees_aux_soins.pdf)
42. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, les Infections Ostéo-Articulaires (IOA)- Contact presse du 26 septembre 2008 : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier\\_de\\_presse\\_IOA.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_IOA.pdf)
43. InVS: Infections à Clostridium difficile: situation épidémiologique, France, juillet 2009-juin 2010. Bilan au 30 août 2010. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-associees-aux-soins/Surveillance-des-infections-associees-aux-soins-IAS/Clostridium-difficile-CD/Infections-a-Clostridium-difficile-situation-epidemiologique-France-juillet-2009-juin-2010.-Bilan-au-30-août-2010>.
44. Instruction DGS/RI1/DGCS n° 2012-433 du 21 décembre 2012 relative aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës ou des gastro-entérites aiguës dans les collectivités de personnes âgées: [http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-01/ste\\_20130001\\_0100\\_0094.pdf](http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-01/ste_20130001_0100_0094.pdf)
45. Avis du HCSP relatif à la politique vaccinale et à l'obligation vaccinale en population générale (hors milieu professionnel et règlement sanitaire international) et à la levée des obstacles financiers à la vaccination -13 mars 2013 et 6 mars 2014. <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=455>
46. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2014 - Document mis à jour le 15 mai 2014: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier\\_vaccinal\\_ministere\\_sante\\_2014.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier_vaccinal_ministere_sante_2014.pdf)
47. Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière Grephh: <http://cclin.grephh.fr/>
48. InVS : Surveillance des bactériémies nosocomiales en France Réseau BN-Raisin, Résultats 2004: [http://www.invs.sante.fr/publications/2008/bn\\_raisin\\_300108/bn\\_raisin\\_300108.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2008/bn_raisin_300108/bn_raisin_300108.pdf)
49. SFAR : Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle (patients adultes) Actualisation 2010: <http://www.sfar.org/docs/articles/Antibioprophylaxieversion2010.doc.pdf>
50. SF2H : Mise à jour de la conférence de consensus « Gestion préopératoire du risque infectieux » : [http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/sfhh/2013\\_gestion\\_preoperatoire\\_SF2H.pdf](http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/sfhh/2013_gestion_preoperatoire_SF2H.pdf)
51. Leslie Grammatico-Guillon et al. Quality Assessment of Hospital Discharge Database for Routine Surveillance of Hip and Knee Arthroplasty-Related Infections. ICHE, 2014 ;35(6) :646-651.
52. HAS, Février 2014 : Principes généraux et conseils de prescription des antibiotiques en premier recours: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-02/conseils\\_prescription\\_antibiotiques\\_rapport\\_d\\_elaboration.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-02/conseils_prescription_antibiotiques_rapport_d_elaboration.pdf)
52. HAS, Février 2014: Fiche mémo : Principes généraux et conseils de prescription des antibiotiques en premier recours: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-02/fiche\\_memo\\_conseils\\_prescription\\_antibiotiques.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-02/fiche_memo_conseils_prescription_antibiotiques.pdf)
53. Arrêté du 18 novembre 2013 fixant le contrat type de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028220981&dateTexte&categorieLien=id>





## Argumentaire scientifique des cibles quantitatives

### Introduction

Les cibles proposées s'inscrivent dans les priorités identifiées par les trois axes retenus pour encadrer la prévention du risque infectieux et sa prise en charge dans les trois secteurs (ES-EMS-Ville):

#### **Axe 1 : développer la prévention des IAS tout au long du parcours de santé, en impliquant les patients et les résidents.**

Cet axe prend en compte les priorités du PNSP relatives à l'information et l'implication du patient dans un partenariat soignant-soigné: le patient est co-acteur de sa sécurité et participe à la déclaration des événements indésirables associés aux soins.

#### **Axe 2 : renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance dans l'ensemble des secteurs de l'offre de soins.**

La consommation toujours trop élevée d'antibiotiques en France<sup>42</sup>, l'augmentation inquiétante de l'incidence nationale, parmi les bactéries multirésistantes (BMR), des entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu (EBLSE), l'émergence de bactéries hautement résistantes aux antibiotiques (BHRé: ERV, EPC), à l'origine d'impasses thérapeutiques, et l'incidence croissante des infections à *Clostridium difficile* dans tous les secteurs de l'offre de soins, font de l'antibiorésistance et de la réduction de l'exposition aux antibiotiques des enjeux majeurs de santé publique. Par ailleurs, une baisse des taux d'infection à *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) est observée depuis une dizaine d'années en France, le taux de SARM y reste un des plus élevés d'Europe (ref ECDC), ce qui justifie le maintien d'une vigilance sur cette espèce, prise comme témoin de la qualité de la prévention de la transmission croisée dans tous les secteurs de l'offre de soins.

L'antibiorésistance rend la prise en charge de certaines IAS (dues à BMR, BHRé, *Clostridium*...) plus complexe. Les actions développées dans ce deuxième axe ont pour objectif de renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance, de promouvoir le bon usage des antibiotiques pour en préserver l'efficacité et pour une maîtrise coordonnée des IAS associées à ces germes.

La prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance reposent sur la juste utilisation des antibiotiques et la prévention de la transmission croisée tout au long du parcours de santé du patient/résident. L'information et l'implication des patients/résidents prévue à l'axe 1 est également un élément clé de la réussite de cet objectif. En amont de l'antibiothérapie, la vaccination des patients/résidents à risque et des professionnels de santé contribue au moindre usage des antibiotiques et indirectement à la maîtrise de l'antibiorésistance.

Cet axe s'appuie sur le plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016 qui développe les recommandations de juste utilisation des antibiotiques par les professionnels de santé et un volet de communication vers le public. Il prend également en compte les priorités du PNSP, ciblées sur l'information du patient, le signalement de l'antibiorésistance et la formation des professionnels. En ES et EMS, le succès de ces mesures dépend de l'engagement du responsable/directeur et de l'implication des professionnels médicaux, paramédicaux dans la mise en œuvre des actions de prévention et de maîtrise de l'antibiorésistance. Dans les EMS, comme en ville, le succès repose sur l'implication des professionnels libéraux. Dans ce cadre, la coordination de ces actions par l'ARS et l'implication des réseaux et représentations de professionnels de santé libéraux (ordres, fédérations, syndicats, unions) sont essentielles.

#### **Axe 3 : réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé.**

Les actes invasifs comportent des risques, en particulier infectieux, qui peuvent se manifester tout au long du parcours de santé. La maîtrise de ces risques vise à éliminer ceux qui auraient pu être évités. Le PNSP rappelle que la gestion des risques associe la prévention de tous les risques liés aux soins qui peuvent être identifiés et la « détection-atténuation » des événements indésirables lorsqu'ils surviennent.

<sup>42</sup> Rapport de l'ANSM de novembre 2013 : [http://ansm.sante.fr/content/download/56371/725211/version/1/file/Rapport\\_Antibiotiques-Critiques\\_Novembre2013.pdf](http://ansm.sante.fr/content/download/56371/725211/version/1/file/Rapport_Antibiotiques-Critiques_Novembre2013.pdf)

Cet axe met en avant les outils de prévention, de surveillance et d'alerte permettant la détection des IAS évitables associées aux actes invasifs, l'évaluation des mesures de prévention mises en œuvre et l'analyse des causes profondes selon une approche systémique. Cette analyse englobe la pertinence de l'acte invasif, la qualité de sa réalisation, la prévention et la prise en charge d'une éventuelle complication infectieuse.

### **Particularités ville-EMS**

#### ***Pour les soins de ville:***

En ce qui concerne les soins de ville, le précédent programme prévoyait de conforter l'expérience des établissements de santé et l'étendre aux secteurs médico-social et des soins de ville; de généraliser cette démarche en prenant en compte deux des caractéristiques propres aux soins de ville: la relation individuelle patient-praticien et l'indépendance de chaque professionnel dans l'organisation de ses soins; de trouver des vecteurs pour sensibiliser les professionnels et mener des actions à leur intention, grâce aux unions régionales des professionnels de santé (URPS), ainsi que dans le cadre des établissements de santé (HAD) et médicosociaux (EHPAD-MAS-FAM) au sein desquels interviennent les professionnels des soins de ville. Un groupe de travail spécialisé « ville » a proposé des actions et des outils spécifiques à ce secteur.

#### ***Pour les EMS:***

Le programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011-2013 dont la méthodologie d'action préconisée dans les EMS repose sur la mise en place d'une démarche d'analyse de risque formalisée dans le document d'analyse du risque infectieux (DARI), est pérennisé.

Un groupe de travail spécialisé « EMS » sera constitué pour la mise en œuvre du programme adaptée à ce secteur.



ARGUMENTAIRE POUR LES CIBLES QUANTITATIVES DE L'AXE 1

| ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ  |   | NIVEAU               | ÉCHÉANCE<br>Périodicité   | SOURCE                 |
|--|---|----------------------|---------------------------|------------------------|
| Formation des RU   | 100 % des ES ont partagé avec les RU l'élaboration de leur plan d'action Lin  | Local                | Annuel                    | BilanLin               |
| Communication  | 100 % des ES ont recours aux outils de communication validés pour faciliter la compréhension du risque infectieux par le patient                      | National             | 2016                      | BilanLin               |
| EOH  | 100 % des ES sont en conformité avec les ratios de personnels des EOH1  | National             | 2015/annuel               | BilanLin               |
| Signalement  | 100 % des ES en capacité d'émettre un signalement <i>via</i> e-SIN  | National             | 2015/annuel               | InVS                   |
| Surveillance   | Enquête nationale de prévalence des IAS en ES   | National             | 2017/5 ans                | InVS                   |
| ÉTABLISSEMENTS MÉDICAUX-SOCIAUX<br>Secteurs des soins de ville |   | NIVEAU               | ÉCHÉANCE<br>Périodicité   | SOURCE                 |
| Signalement<br>Surveillance                                    | Mise en place du signalement dans le cadre de la SNS<br>Enquête nationale de prévalence des IAS en EMS (Ehpad en priorité) et état des lieux en ville | National<br>National | 2016/annuel<br>2016/5 ans | SNS vigilances<br>InVS |

**Formation des RU dans les établissements de santé**

**Cible: 100 % des ES ont partagé avec les RU l'élaboration de leur plan d'action Lin**

L'item O14 de l'indicateur ICALIN.2 mesure chaque année le nombre d'établissements dont la CRUQPC est consultée pour avis ou contribue à l'élaboration du programme d'actions de lutte contre les IN. Les derniers résultats disponibles du bilan LIN national (activité 2012) montrent que **84,86 % des établissements de santé déclarent consulter la CRUQPC.**

**Répartition par catégorie d'établissements :**

| CATÉGORIE     | ES NON RÉPONDANT |      | OUI  |       | NON |       | TOTAL ES |        |
|---------------|------------------|------|------|-------|-----|-------|----------|--------|
|               | NB               | %    | NB   | %     | NB  | %     | NB       | %      |
| ÉTAB. PSY     | 1                | 0.32 | 268  | 84.54 | 48  | 15.14 | 317      | 11.35  |
| SSR-SLD       |                  |      | 655  | 86.41 | 103 | 13.59 | 758      | 27.13  |
| HAD           |                  |      | 87   | 70.16 | 37  | 29.84 | 124      | 4.44   |
| CL INF 100 LP |                  |      | 204  | 88.70 | 26  | 11.30 | 230      | 8.23   |
| CL SUP 100 LP |                  |      | 315  | 95.45 | 15  | 4.55  | 330      | 11.81  |
| CHR-CHU       |                  |      | 61   | 84.72 | 11  | 15.28 | 72       | 2.58   |
| CH SUP 300 LP |                  |      | 186  | 89.42 | 22  | 10.58 | 208      | 7.44   |
| CH INF 300 LP |                  |      | 257  | 79.81 | 65  | 20.19 | 322      | 11.52  |
| HOPITAL LOCAL |                  |      | 210  | 72.16 | 81  | 27.84 | 291      | 10.42  |
| MECSS-POUP.   |                  |      | 31   | 93.94 | 2   | 6.06  | 33       | 1.18   |
| HÉMODIALYSE   |                  |      | 79   | 87.78 | 11  | 12.22 | 90       | 3.22   |
| CLCC-CANCER   |                  |      | 18   | 94.74 | 1   | 5.26  | 19       | 0.68   |
| TOTAL         | 1                | 0.04 | 2371 | 84.86 | 422 | 15.10 | 2794     | 100.00 |

Ce taux élevé masque probablement des disparités dans la participation effective des RU. Leur formation sur les objectifs et les programmes d'action apparaît nécessaire pour accroître leur capacité d'intervention.

**Communication sur le risque infectieux dans les établissements de santé**

**Cible: 100 % des ES ont recours aux outils de communication validés pour faciliter la compréhension du risque infectieux par le patient**

Trois items (O<sub>3</sub>1-O<sub>3</sub>2-O<sub>3</sub>3) de l'indicateur ICALIN.2 mesurent chaque année le nombre d'établissements qui ont recours à des outils de communication validés pour faciliter la compréhension du risque infectieux par le patient. Les derniers résultats disponibles du bilan LIN national (activité 2012) montrent que:

**O31 : 98,25 %** des établissements de santé déclarent diffuser auprès du public leurs résultats des indicateurs « qualité et sécurité des soins » dont l'information relative aux infections nosocomiales.

| CATÉGORIE      | OUI  |        | NON |      | TOTAL ES |        |
|----------------|------|--------|-----|------|----------|--------|
|                | NB   | %      | NB  | %    | NB       | %      |
| ÉTAB. PSY      | 304  | 95.90  | 13  | 4.10 | 317      | 11.35  |
| SSR-SLD        | 749  | 98.81  | 9   | 1.19 | 758      | 27.13  |
| HAD            | 114  | 91.94  | 10  | 8.06 | 124      | 4.44   |
| CL. INF 100 LP | 230  | 100.00 |     |      | 230      | 8.23   |
| CL. SUP 100 LP | 329  | 99.70  | 1   | 0.30 | 330      | 11.81  |
| CHR-CHU        | 71   | 98.61  | 1   | 1.39 | 72       | 2.58   |
| CH INF 300 LP  | 319  | 99.07  | 3   | 0.93 | 322      | 11.52  |
| CH SUP 300 LP  | 206  | 99.04  | 2   | 0.96 | 208      | 7.44   |
| HOPITAL LOCAL  | 285  | 97.94  | 6   | 2.06 | 291      | 10.42  |
| MECSS-POUP.    | 32   | 96.97  | 1   | 3.03 | 33       | 1.18   |
| HÉMODIALYSE    | 87   | 96.67  | 3   | 3.33 | 90       | 3.22   |
| CLCC-CANCER    | 19   | 100.00 |     |      | 19       | 0.68   |
| TOTAL          | 2745 | 98.25  | 49  | 1.75 | 2794     | 100.00 |

**O32 : 97,57 %** des établissements de santé déclarent transmettre l'information relative à la lutte contre les IN figure dans leur livret d'accueil.

| CATÉGORIE      | OUI  |        | NON |      | TOTAL |        |
|----------------|------|--------|-----|------|-------|--------|
|                | NB   | %      | NB  | %    | NB    | %      |
| ÉTAB. PSY      | 302  | 95.27  | 15  | 4.73 | 317   | 11.35  |
| SSR-SLD        | 742  | 97.89  | 16  | 2.11 | 758   | 27.13  |
| HAD            | 118  | 95.16  | 6   | 4.84 | 124   | 4.44   |
| CL. INF 100 LP | 230  | 100.00 |     |      | 230   | 8.23   |
| CL. SUP 100 LP | 330  | 100.00 |     |      | 330   | 11.81  |
| CHR-CHU        | 70   | 97.22  | 2   | 2.78 | 72    | 2.58   |
| CH INF 300 LP  | 315  | 97.83  | 7   | 2.17 | 322   | 11.52  |
| CH SUP 300 LP  | 199  | 95.67  | 9   | 4.33 | 208   | 7.44   |
| HOPITAL LOCAL  | 281  | 96.56  | 10  | 3.44 | 291   | 10.42  |
| MECSS-POUP.    | 32   | 96.97  | 1   | 3.03 | 33    | 1.18   |
| HÉMODIALYSE    | 88   | 97.78  | 2   | 2.22 | 90    | 3.22   |
| CLCC-CANCER    | 19   | 100.00 |     |      | 19    | 0.68   |
| TOTAL          | 2726 | 97.57  | 68  | 2.43 | 2794  | 100.00 |

**O33: 84,11 %** des établissements de santé déclarent avoir une procédure d'information du patient en cas de signalement interne et externe d'infection nosocomiale.

| CATÉGORIE                   | OUI  |       | NON |       | TOTAL |        |
|-----------------------------|------|-------|-----|-------|-------|--------|
|                             | NB   | %     | NB  | %     | NB    | %      |
| ÉTAB. PSY                   | 278  | 87.70 | 39  | 12.30 | 317   | 11.35  |
| SSR-SLD                     | 641  | 84.56 | 117 | 15.44 | 758   | 27.13  |
| HAD                         | 103  | 83.06 | 21  | 16.94 | 124   | 4.44   |
| 05-CL INF 100 LP            | 208  | 90.43 | 22  | 9.57  | 230   | 8.23   |
| 05-CL SUP 100 LP            | 305  | 92.42 | 25  | 7.58  | 330   | 11.81  |
| 01-CHR-CHU                  | 47   | 65.28 | 25  | 34.72 | 72    | 2.58   |
| 02-CH INF 300 LP            | 254  | 78.88 | 68  | 21.12 | 322   | 11.52  |
| 02-CH SUP 300 LP            | 178  | 85.58 | 30  | 14.42 | 208   | 7.44   |
| 04 - H O P I T A L<br>LOCAL | 210  | 72.16 | 81  | 27.84 | 291   | 10.42  |
| 11-MECSS-POUP.              | 28   | 84.85 | 5   | 15.15 | 33    | 1.18   |
| 10-HÉMODIALYSE              | 80   | 88.89 | 10  | 11.11 | 90    | 3.22   |
| 08-CLCC-CANCER              | 18   | 94.74 | 1   | 5.26  | 19    | 0.68   |
| TOTAL                       | 2350 | 84.11 | 444 | 15.89 | 2794  | 100.00 |

## Composition des EOH dans les établissements de santé

**Cible: 100 % des ES sont en conformité avec les ratios de personnels des EOH** prévus par la circulaire n° 645 du 29 décembre 2000: « *Chaque Établissement de santé se dote de ressources humaines spécifiquement dédiées à la gestion du risque infectieux. L'objectif serait d'atteindre, d'ici trois ans, un ratio d'un personnel infirmier équivalent temps plein pour 400 lits et d'un personnel médical ou pharmaceutique équivalent temps plein pour 800 lits. Dans les établissements de petite taille, la mutualisation des ressources humaines, y compris pour le secrétariat, par la création d'équipes inter-établissement est à privilégier.* »

Les items M11 et M12 de l'indicateur ICALIN.2 mesurent chaque année le nombre d'établissements ayant atteint le ratio de personnel médical et paramédical de l'EOH. Les derniers résultats disponibles du bilan LIN national (activité 2012) montrent que :

**M11: 71,08 %** des établissements de santé ont atteint le ratio de personnel médical de l'EOH.

| CATÉGORIE     | OUI  |       | NON |       | TOTAL ES |        |
|---------------|------|-------|-----|-------|----------|--------|
|               | NB   | %     | NB  | %     | NB       | %      |
| ÉTAB. PSY     | 172  | 54.26 | 145 | 45.74 | 317      | 11.35  |
| SSR-SLD       | 484  | 63.85 | 274 | 36.15 | 758      | 27.13  |
| HAD           | 102  | 82.26 | 22  | 17.74 | 124      | 4.44   |
| CL INF 100 LP | 198  | 86.09 | 32  | 13.91 | 230      | 8.23   |
| CL SUP 100 LP | 261  | 79.09 | 69  | 20.91 | 330      | 11.81  |
| CHR-CHU       | 58   | 80.56 | 14  | 19.44 | 72       | 2.58   |
| CH INF 300 LP | 227  | 70.50 | 95  | 29.50 | 322      | 11.52  |
| CH SUP 300 LP | 153  | 73.56 | 55  | 26.44 | 208      | 7.44   |
| CLCC-CANCER   | 18   | 94.74 | 1   | 5.26  | 19       | 0.68   |
| HOPITAL LOCAL | 216  | 74.23 | 75  | 25.77 | 291      | 10.42  |
| MECSS-POUP.   | 17   | 51.52 | 16  | 48.48 | 33       | 1.18   |
| HÉMODIALYSE   | 80   | 88.89 | 10  | 11.11 | 90       | 3.22   |
| TOTAL         | 1986 | 71.08 | 808 | 28.92 | 2794     | 100.00 |

**M11: nombre total d'ETP médecin *spécifiquement* affectés à la LIN intervenant dans l'établissement**

| ETP MÉDECIN       |     |         |         |            |
|-------------------|-----|---------|---------|------------|
| CATÉGORIE         | Nb. | Moyenne | Médiane | Ecart-type |
| 01-CHR-CHU        | 56  | 1.12    | 1.00    | 0.60       |
| 02-CH INF 300 LP  | 160 | 0.18    | 0.15    | 0.15       |
| 02-CH SUP 300 LP  | 93  | 0.64    | 0.60    | 0.34       |
| 03-ÉTAB. PSY      | 193 | 0.13    | 0.10    | 0.15       |
| 04-HOPITAL LOCAL  | 138 | 0.16    | 0.10    | 0.85       |
| 05-CL. INF 100 LP | 155 | 0.12    | 0.10    | 0.11       |
| 05-CL. SUP 100 LP | 246 | 0.20    | 0.16    | 0.23       |
| 07-SSR-SLD        | 555 | 0.12    | 0.10    | 0.17       |
| 08-CLCC-CANCER    | 15  | 0.33    | 0.30    | 0.25       |
| 09-HAD            | 87  | 0.22    | 0.10    | 0.86       |
| 10-HÉMODIALYSE    | 65  | 0.24    | 0.10    | 0.53       |
| 11-MECSS-POUP.    | 27  | 0.08    | 0.05    | 0.10       |

**M12: 81,96 % des établissements de santé ont atteint le ratio de personnel paramédical de l'EOH**

| CATÉGORIE        | OUI  |        | NON |       | TOTAL ES |        |
|------------------|------|--------|-----|-------|----------|--------|
|                  | NB   | %      | NB  | %     | NB       | %      |
| ÉTAB. PSY        | 214  | 67.51  | 103 | 32.49 | 317      | 11.35  |
| SSR-SLD          | 539  | 71.11  | 219 | 28.89 | 758      | 27.13  |
| HAD              | 116  | 93.55  | 8   | 6.45  | 124      | 4.44   |
| 05-CL INF 100 LP | 208  | 90.43  | 22  | 9.57  | 230      | 8.23   |
| CL.SUP 100 LP    | 304  | 92.12  | 26  | 7.88  | 330      | 11.81  |
| CHR-CHU          | 59   | 81.94  | 13  | 18.06 | 72       | 2.58   |
| CH INF 300 LP    | 294  | 91.30  | 28  | 8.70  | 322      | 11.52  |
| CH SUP 300 LP    | 182  | 87.50  | 26  | 12.50 | 208      | 7.44   |
| CLCC-CANCER      | 19   | 100.00 |     |       | 19       | 0.68   |
| HOPITAL LOCAL    | 250  | 85.91  | 41  | 14.09 | 291      | 10.42  |
| MECSS-POUP.      | 22   | 66.67  | 11  | 33.33 | 33       | 1.18   |
| HÉMODIALYSE      | 83   | 92.22  | 7   | 7.78  | 90       | 3.22   |
| TOTAL            | 2290 | 81.96  | 504 | 18.04 | 2794     | 100.00 |



**M 12: nombre total d'ETP cadre spécifiquement affectés à la LIN intervenant dans l'établissement**

| ETP CADRE PARA MÉDICAL |     |         |         |            |
|------------------------|-----|---------|---------|------------|
| CATÉGORIE              | Nb. | Moyenne | Médiane | Ecart-type |
| CHR-CHU                | 60  | 1.09    | 1.00    | 0.68       |
| CH INF 300 LP          | 131 | 0.38    | 0.20    | 0.33       |
| CH SUP 300 LP          | 119 | 0.76    | 0.90    | 0.42       |
| ÉTAB. PSY              | 210 | 0.32    | 0.20    | 0.37       |
| HOPITAL LOCAL          | 102 | 0.25    | 0.10    | 1.00       |
| CL INF 100 LP          | 168 | 0.22    | 0.20    | 0.16       |
| CL SUP 100 LP          | 235 | 0.43    | 0.30    | 0.33       |
| SSR-SLD                | 466 | 0.18    | 0.10    | 0.23       |
| CLCC-CANCER            | 13  | 0.84    | 1.00    | 0.32       |
| HAD                    | 85  | 0.20    | 0.10    | 0.25       |
| HÉMODIALYSE            | 60  | 0.31    | 0.19    | 0.36       |
| MECSS-POUP.            | 12  | 0.29    | 0.20    | 0.35       |

L'objectif de 100 % n'est pas atteint, ni pour le personnel médical, ni pour le personnel paramédical.

**Signalement dans les établissements de santé**
**Cible: 100 % des ES en capacité d'émettre un signalement via e-SIN**

En effet, ce n'est pas encore le cas : les données de l'InVS montrent qu'une analyse par code Finess géographique rapporte des capacités de signaler de l'ordre de 50 % (base de 5 873 ES), une analyse par code Finess juridique rapporte des capacités de signaler de l'ordre de 88 % (base de 2 571 ES). Les différences observées étant très certainement liées à l'inscription des couples PH-RS sur un seul code Finess géographique même si l'ES en dispose de plusieurs (ex : EHPAD, USLD, service de dialyse).

L'item O42 de l'indicateur ICALIN.2 mesure chaque année le nombre d'établissements ayant déclaré avoir transmis le nom du responsable du signalement à l'ARS et au Cclin. Les derniers résultats disponibles du bilan LIN national (activité 2012) montrent que 96,42 % des établissements de santé déclarent transmettre le nom du responsable signalement.

| CATÉGORIE     | ES NON RÉPONDANT |      | OUI  |        | NON |       | TOTAL ES |        |
|---------------|------------------|------|------|--------|-----|-------|----------|--------|
|               | NB               | %    | NB   | %      | NB  | %     | NB       | %      |
| ÉTAB. PSY     | 1                | 0.32 | 298  | 94.01  | 18  | 5.68  | 317      | 11.35  |
| SSR-SLD       |                  |      | 729  | 96.17  | 29  | 3.83  | 758      | 27.13  |
| HAD           |                  |      | 108  | 87.10  | 16  | 12.90 | 124      | 4.44   |
| CL INF 100 LP |                  |      | 222  | 96.52  | 8   | 3.48  | 230      | 8.23   |
| CL SUP 100 LP |                  |      | 325  | 98.48  | 5   | 1.52  | 330      | 11.81  |
| CHR-CHU       |                  |      | 72   | 100.00 |     |       | 72       | 2.58   |
| CH INF 300 LP |                  |      | 318  | 98.76  | 4   | 1.24  | 322      | 11.52  |
| CH SUP 300 LP |                  |      | 208  | 100.00 |     |       | 208      | 7.44   |
| CLCC-CANCER   |                  |      | 19   | 100.00 |     |       | 19       | 0.68   |
| HOPITAL LOCAL |                  |      | 279  | 95.88  | 12  | 4.12  | 291      | 10.42  |
| MECSS-POUP.   |                  |      | 29   | 87.88  | 4   | 12.12 | 33       | 1.18   |
| HÉMODIALYSE   |                  |      | 87   | 96.67  | 3   | 3.33  | 90       | 3.22   |
| TOTAL         | 1                | 0.04 | 2694 | 96.42  | 99  | 3.54  | 2794     | 100.00 |

Argumentaire pour les cibles quantitatives de l'axe 2

| ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ |   | NIVEAU                        | ÉCHÉANCE<br>Périodicité | SOURCE                     |
|-------------------------|---|-------------------------------|-------------------------|----------------------------|
| PHA                     | % de conformité de l'hygiène des mains $\geq 80$ %<br>La consommation atteint au moins 80 % de la cible en fonction du secteur d'activité   | Local<br>Régional<br>National | 2015<br>Annuel          | GrepHh<br>BilanLin         |
| BMR                     | % SARM parmi les BN à <i>S. aureus</i> $\leq 20$ %<br>Diminution de la densité d'incidence des BN à SARM de 20 %  | National                      | 2017<br>2018            | Raisin                     |
|                         | 100 % des BN à SARM potentiellement évitables font l'objet d'une analyse des causes   | Local                         | 2016                    | BilanLin                   |
|                         | Stabilisation de la densité d'incidence des BN à <i>K.pneumoniae</i> ou <i>E.cloacae</i> BLSE<br>Diminution de la densité d'incidence des BN à <i>K.pneumoniae</i> ou <i>E.cloacae</i> BLSE de 20 %.  | National<br>Local             | 2018<br>2020            | Raisin                     |
| BHRe                    | Taux d'EPC parmi les bactériémies à <i>Klebsiella pneumoniae</i> $\leq 1$ %   | National                      | 2015<br>Annuel          | EARS-net                   |
|                         | Taux d'ERV parmi les bactériémies à <i>Enterococcus faecium</i> $\leq 1$ %  | National                      | 2015<br>Annuel          | EARS-net                   |
|                         | Proportion de cas secondaires sur l'ensemble des cas de BHRe $\leq 20$ %<br>Proportion d'épisodes avec cas secondaires $\leq 10$ %  | Local<br>Régional<br>National | 2015<br>Annuel          | CClin/Arlin<br>ARS<br>InVS |
|                         | Mise à disposition d'un système informatique de repérage des patients BHRe et des contacts en cas de réadmission pour 100 % des ES<br>Lettre de liaison inclut l'information en cas de transfert entre ES-EMS-Ville dans 100 % des ES   | Local                         | 2015                    | BilanLin                   |
| ATB                     | Réduction de la consommation d'antibiotiques pour rejoindre la moyenne européenne en 5 ans<br>Proportion de traitements antibiotiques curatifs de plus de 7 jours non justifiés $\leq 10$ %   | Local<br>Régional<br>National | 2020<br>2016            | Raisin BilanLin            |
|                         | Proportion d'ATB prophylaxies de plus de 24h $\leq 10$ %  | Local                         | 2015                    | BilanLin                   |
| Vaccins                 | 100 % des responsables d'ES connaissent l'immunisation contre l'hépatite B de leur personnel exposé<br>100 % des soignants connaissent leur couverture vaccinale/immunisation contre la rougeole, la coqueluche et la varicelle<br>100 % des ES organisent une campagne annuelle de vaccination des professionnels de santé contre la grippe et retro-informent sur la couverture vaccinale obtenue | Local<br>National<br>Local    | 2015<br>Annuel<br>2016  | BilanLin<br>InVS/INPES     |

| ÉTABLISSEMENTS MÉDICAUX-SOCIAUX<br>SECTEUR DES SOINS DE VILLE |  | NIVEAU               | ÉCHÉANCE<br>Périodicité | SOURCE                    |
|---|--|----------------------|-------------------------|---------------------------|
| PS  | Mise en place de la charte « qualité des soins » pour les précautions « standard »<br>La consommation de PHA atteint 80 % de la cible en fonction du secteur d'activité  | Régional<br>National | 2016/<br>Annuel         | ARS<br>CClin/Arlin        |
| BMR   | 100 % des LBM détectent les BLSE devant toute entérobactérie résistante aux C3G  | Régional<br>National | 2016                    | ARS<br>CClin/Arlin        |
| BHRe  | Lettre de liaison inclut l'information en cas de transfert entre ES-EMS-Ville pour 100 % des patients porteurs   | Local<br>Régional    | 2015                    | ARS<br>CClin/Arlin        |
| ATB   | Mise en place de la charte « qualité des soins » pour la non prescription d'antibiothérapies inutiles<br>Réduction de la consommation d'antibiotiques pour rejoindre la moyenne européenne en 5 ans  | Régional<br>National | 2016/<br>2020           | ARS, SRVA<br>CNAMTS, ANSM |
| Vaccins   | 100 % des professionnels de santé connaissent leur immunisation contre l'hépatite B<br>100 % des EMS organisent une campagne annuelle de vaccination des professionnels de santé contre la grippe et retro-informent sur la couverture vaccinale obtenue | Régional             | 2016/<br>Annuel         | ARS<br>CClin/Arlin        |

**Produits hydro-alcooliques (PHA)**

**Cible : % de conformité de l'hygiène des mains  $\geq$  80 % :**

L'enquête du Grephh 2010 montre un taux d'observance globale avant et après le soin de 67,2 %, l'objectif de 80 % pour 2015 n'est donc pas excessif.

| OBSERVANCE GLOBALE               | N      | %    |
|----------------------------------|--------|------|
| Observance avant-soin            | 61 122 | 75,1 |
| Observance après-soin            | 81 370 | 81,8 |
| Observance avant et après-soin   | 54 716 | 67,2 |
| Absence d'hygiène avant et après | 8 190  | 10,1 |

« Les taux d'observance mentionnés dans des publications antérieures varient de 40 à 46 % (67,2 %). Erasmus<sup>43</sup> observe, que l'observance est meilleure après soin qu'avant. C'est dans les USI, où la fréquence des opportunités est la plus élevée, que l'observance est la moins bonne<sup>44-45</sup>. Les IDE sont plus « observantes » que les médecins. Un programme d'amélioration de l'hygiène des mains<sup>46</sup> permet d'accroître l'observance jusqu'à 80 %.

| Situation  | AVANT-SOIN |      | APRÈS-SOIN |      | AVANT et après-soin |      |
|--|------------|------|------------|------|---------------------|------|
|  | N          | %    | N          | %    | N                   | %    |
| Manipulation des déchets, excréta et linges souillés                       | 17 566     | 97,3 | 14 317     | 79,3 | 13 996              | 77,5 |
| Soins sur peau saine   | 26 082     | 68,5 | 28 827     | 75,8 | 22 689              | 59,6 |
| Change de patient  | 13 186     | 79,6 | 14 343     | 86,6 | 12 017              | 72,6 |
| Pose de voie veineuse périph. ou sous-cutanée                              | 6 472      | 77,6 | 6 947      | 83,3 | 5 733               | 68,8 |
| Injection IV et toute manipulation Dispositif IV                           | 9 888      | 73,3 | 11 006     | 81,6 | 8 689               | 64,4 |
| Pose sonde uri. à demeure, sondage évacuateur                              | 850        | 77,5 | 953        | 86,9 | 769                 | 70,1 |
| Prise en charge d'un patient avec précautions complémentaires type contact | 2 899      | 75,7 | 2 880      | 75,2 | 2 385               | 62,2 |

L'objectif est en priorité l'amélioration de l'observance à l'hygiène des mains avant le soin.

<sup>43</sup> Erasmus V et al. *Systematic review of studies on compliance with hand hygiene guidelines in hospital care*. ICHE 2010;31(3): 283-294.

<sup>44</sup> Dierssen-Sotos et al. *Evaluating the impact of a hand hygiene campaign on improving adherence*. Am J Infect control 2010; 38(3): 240-243.

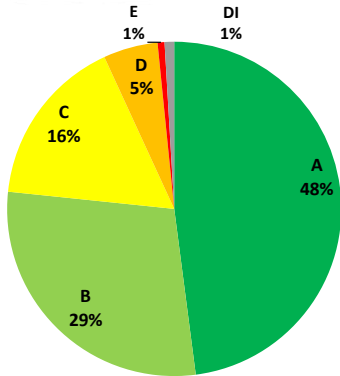
<sup>45</sup> Pittet, D.; Mourouga,P; Perneger,T.V. *Compliance with handwashing in a teaching hospital*. Ann Intern Med 1999; 130: 126-30.

<sup>46</sup> Derde, LP et al. *Interventions to reduce colonization and transmission of antimicrobial-resistant bacteria in intensive care units*. Lancet Inf Dis 2014; 14: 31-39.

**Cible: la consommation de PHA atteint au moins 80 % de la cible en fonction du secteur d'activité**

Les résultats 2013 de l'indicateur ICSHA.2 du TdBIN montrent que 76 % des ES sont en classe A ou B, soit au dessus de 60 % de l'objectif personnalisé et 48 % des ES sont au dessus de 80 % (correspond à la classe A). L'objectif de 80 % est donc que tous les ES soient en classe A en 2015. En 2015, l'indicateur ICSHA devrait évoluer vers un ICSHA3 au plus proche de l'activité de soin.

**ICSHA.2**



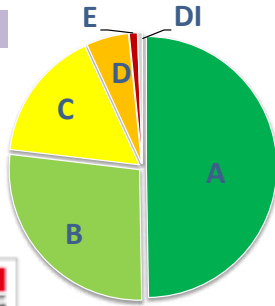
En 2013, 76,6% ES en A et B

- En 2010 : passage à la version 2 d'ICSHA avec une augmentation du niveau d'exigences en termes de nombre de frictions par jour, par patient et par activité
- Résultats globaux stables entre 2012 et 2013: on note baisse en A, hausse en B, stable en C et D, baisse en E

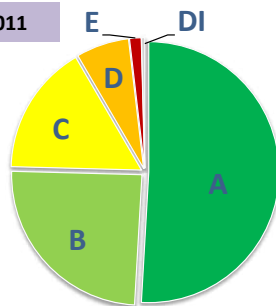
|                         | A     | B     | C     | D    | E    | DI   | Effectif ES concernés répondants |
|-------------------------|-------|-------|-------|------|------|------|----------------------------------|
| Nombre d'établissements | 1291  | 773   | 444   | 142  | 18   | 25   | 2693                             |
| Pourcentage             | 47,9% | 28,7% | 16,5% | 5,3% | 0,7% | 0,9% |                                  |

DI = Données insuffisantes

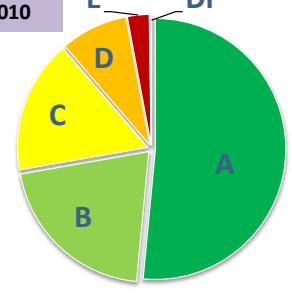
2012



2011



2010



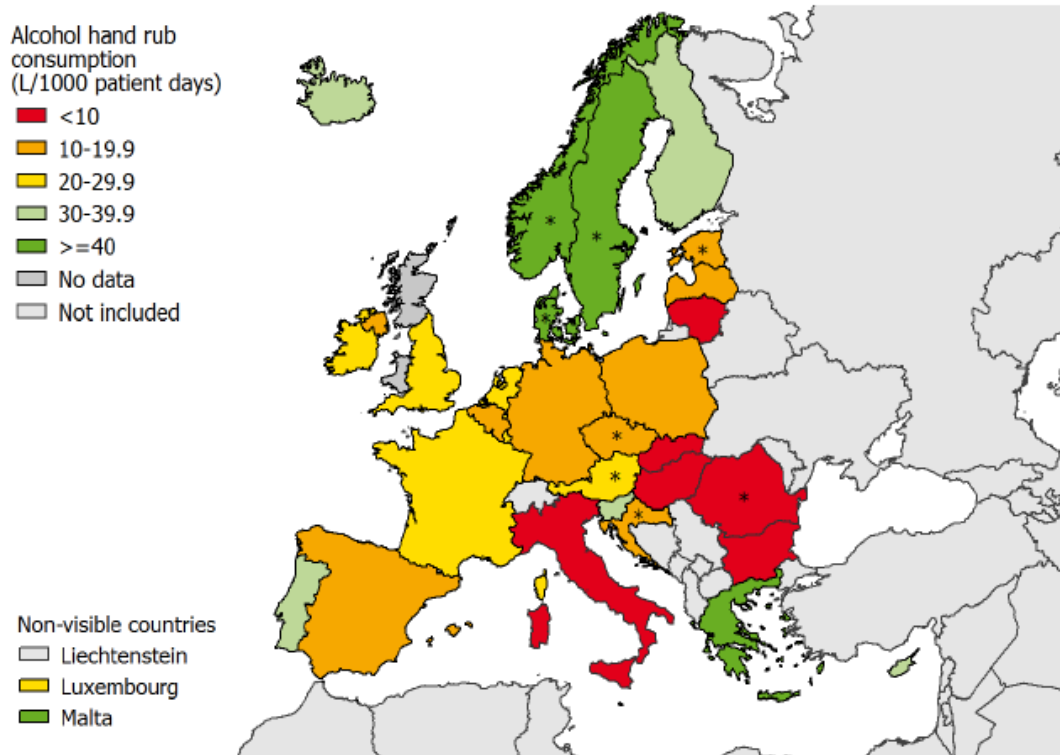
Direction générale de l'offre de soins

Place de la France en termes de consommation de SHA en Europe :

Entre 20 et 30 L/1000 j-pt, la France se situe en position moyenne. Cette consommation ne représente que 7 à 8 frictions par malade et par jour en moyenne, et peut donc être accrue, pour viser un objectif minimal de 10 frictions/j-pt.

The median hospital alcohol hand rub consumption varied greatly between countries, from less than 10 L/1000 patient-days in Bulgaria, Hungary, Lithuania, Italy, Romania and Slovakia to more than 50 L/1000 patient-days in Denmark, Greece, Norway, Malta and Sweden (Figures 15, 16).

**Figure 15. Median alcohol hand rub consumption (litres per 1000 patient-days), ECDC PPS 2011–2012**



*\*PPS data representativeness was poor in Austria, Croatia, Czech Republic, Estonia, Norway and Romania and very poor in Denmark and Sweden.*

**Bactéries multi-résistantes aux antibiotiques (BMR)**

**Cible : % de SARM parmi les BN à *S. aureus* ≤ 20 %**

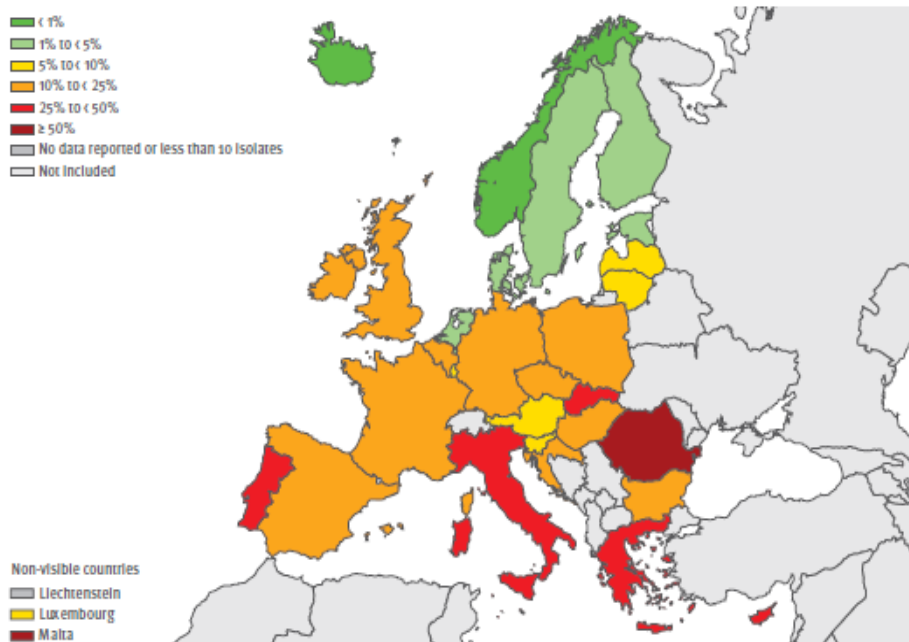
Les résultats du réseau BMR 2012 montrent que le % de SARM chez *S. aureus* (tous prélèvements cliniques, hors dépistage) varie entre 5,6 % et 30,6 % selon la région et que 14 régions/26 ont un taux de SARM > 20 %.

Les données du réseau EARSNet 2012 montrent que la France fait partie des pays pour lesquels la proportion de SARM chez SA dans les hémocultures est dans la fourchette 10 à 25 % (19 % en 2012), et la France garde une position moyenne à cet égard (moyenne EU 18 %). Si les enquêtes nationales de prévalence (2006, 2012) ont montré une baisse substantielle (15 %) de la proportion de SARM parmi les infections nosocomiales (de 53 % à 38 %), la proportion de SARM parmi les bactériémies nosocomiales reste encore à un taux élevé (34 % en 2012). La baisse doit se poursuivre, et il est légitime de cibler à 3-5 ans une baisse du même ordre (15 %) du taux de SARM parmi les BN à *S.aureus*.

Quelle source de données pour surveiller les BN ?

A priori, à partir du réseau BMR-Raisin en considérant les BN comme celles prélevées ≥ 72h après l'admission, mais cela oblige également à un recueil annuel du nombre total de BN à *S.aureus*. Alternative 1 : Prochaine ENP (ce qui met l'objectif à 5 ans depuis 2012, soit à 2017). Alternative 2 : recréer un réseau BN « ciblé », pour surveiller les BN à SARM, ERV, *K. pneumoniae* et *E. cloacae* BLSE, et pourquoi pas *Pseudomonas aeruginosa*.

**Figure 3.23. *Staphylococcus aureus*. Percentage (%) of invasive isolates resistant to meticillin (MRSA), by country, EU/EEA countries, 2013**



**Tableau 6 : BMR-Raisin 2012 – % SARM dans l'espèce par Cclin**

| Inter-région           | Nb SARM      | Nb <i>S. aureus</i> | % SARM dans l'espèce |
|------------------------|--------------|---------------------|----------------------|
| <b>Cclin Nord</b>      | 2 272        | 11 131              | 20,4                 |
| Hors AP-HP             | 1 752        | 7 932               | 22,1                 |
| AP-HP                  | 520          | 3 199               | 16,3                 |
| <b>Cclin Est</b>       | 959          | 4 772               | 20,1                 |
| <b>Cclin Ouest</b>     | 994          | 4 998               | 19,9                 |
| <b>Cclin Sud-Est</b>   | 1 549        | 8 521               | 18,2                 |
| <b>Cclin Sud-Ouest</b> | 1 069        | 4 163               | 25,7                 |
| <b>TOTAL</b>           | <b>6 843</b> | <b>33 585</b>       | <b>20,4</b>          |

Tableaux de données

| Région                     | Tous établissements |              |                    |           | Établissements avec du court séjour |              |                       |
|----------------------------|---------------------|--------------|--------------------|-----------|-------------------------------------|--------------|-----------------------|
|                            | Nb ES               | Nb ES 0 SARM | Inc SARM /1 000 JH | %SARM/ SA | Nb ES avec CS                       | Nb CS 0 SARM | Inc SARM CS /1 000 JH |
| Alsace                     | 24                  | 7            | 0,45               | 24,2      | 16                                  | 4            | 0,55                  |
| Aquitaine                  | 63                  | 16           | 0,47               | 30,6      | 48                                  | 13           | 0,60                  |
| Auvergne                   | 37                  | 11           | 0,40               | 18,7      | 25                                  | 5            | 0,56                  |
| Basse-Normandie            | 36                  | 8            | 0,37               | 21,1      | 27                                  | 3            | 0,49                  |
| Bourgogne                  | 45                  | 18           | 0,38               | 21,1      | 34                                  | 11           | 0,47                  |
| Bretagne                   | 49                  | 4            | 0,31               | 24,1      | 44                                  | 6            | 0,39                  |
| Centre                     | 48                  | 13           | 0,29               | 19,6      | 33                                  | 5            | 0,41                  |
| Champagne-Ardenne          | 32                  | 6            | 0,43               | 23,5      | 30                                  | 9            | 0,46                  |
| Corse                      | 7                   | 2            | 0,34               | 19,6      | 6                                   | 2            | 0,56                  |
| Franche-Comté              | 24                  | 10           | 0,28               | 15,0      | 14                                  | 4            | 0,35                  |
| Guadeloupe                 | 3                   | 0            | 0,24               | 10,5      | 3                                   | 1            | 0,35                  |
| Guyane                     | 4                   | 0            | 0,17               | 5,6       | 4                                   | 1            | 0,15                  |
| Haute-Normandie            | 17                  | 4            | 0,40               | 22,7      | 15                                  | 4            | 0,52                  |
| Ile-de-France              | 146                 | 30           | 0,33               | 17,0      | 117                                 | 25           | 0,42                  |
| Languedoc-Roussillon       | 66                  | 18           | 0,33               | 26,9      | 45                                  | 13           | 0,45                  |
| Limousin                   | 11                  | 1            | 0,39               | 25,9      | 10                                  | 1            | 0,61                  |
| Lorraine                   | 52                  | 12           | 0,30               | 16,8      | 40                                  | 10           | 0,35                  |
| Martinique                 | 6                   | 1            | 0,18               | 8,7       | 4                                   | 1            | 0,19                  |
| Midi-Pyrénées              | 47                  | 9            | 0,45               | 24,2      | 33                                  | 4            | 0,66                  |
| Nord-Pas-de-Calais         | 63                  | 11           | 0,41               | 26,7      | 44                                  | 6            | 0,54                  |
| Pays de la Loire           | 66                  | 33           | 0,18               | 14,6      | 48                                  | 20           | 0,25                  |
| Picardie                   | 21                  | 1            | 0,59               | 25,8      | 18                                  | 2            | 0,80                  |
| Poitou-Charentes           | 30                  | 5            | 0,57               | 30,2      | 23                                  | 4            | 0,75                  |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 164                 | 61           | 0,28               | 20,4      | 93                                  | 30           | 0,40                  |
| La Réunion                 | 9                   | 4            | 0,17               | 7,2       | 7                                   | 2            | 0,20                  |
| Rhône-Alpes                | 109                 | 36           | 0,29               | 14,4      | 73                                  | 22           | 0,36                  |

CS : court séjour

\* la Polynésie et Monaco ne figurent pas dans ce tableau ni sur la carte car les données concernent un seul ES et que les données SAE ne sont pas disponibles.

% de SARM chez *S. aureus* et Incidence des infections (prélèvements cliniques seuls) à SARM en court séjour suivant les régions, 2012





**Cible: diminution de la densité d'incidence des BN à SARM de 20 %**

Les données du réseau EARS-Net France montrent que les pourcentages de résistance à la méticilline chez les *Staphylococcus aureus* (SARM) parmi les souches isolées d'hémoculture sont en diminution constante depuis une dizaine d'années. Le taux de SARM dans les hémocultures était ainsi de 29 % en 2003 et de 17 % en 2013. La mise en comparaison de ces données avec celles des autres pays participants au réseau EARS-Net montre une évolution relativement similaire dans les autres pays. La prise en compte du rang de la France par rapport aux résultats des autres pays européens permet ainsi une comparaison: plus ce rang est bas et meilleure est la place de la France en Europe. La position de la France s'étant maintenue au cours de ces années: classée 17<sup>e</sup> sur 27 pays participants en 2003, la France a été classée 16<sup>e</sup> sur 29 pays participants en 2013.

Les données du réseau BMR-Raisin montrent une diminution nette de l'incidence des SARM isolés de prélèvements cliniques pour 1000 journées d'hospitalisation (JH) entre 2008 et 2012.

On peut donc espérer une diminution de 20 % de 2014 à 2018, avec le maintien des autres actions en faveur de la réduction des SARM (analyse des causes ...)

Réunion RAISIN\_03/07/2013

### Evolution des bactériémies à SARM 2008-2012 (pas de cohorte)

|                        | Nb bactériémies | Nb SARM    | % bactériémie | Incidence bactériémie<br>/1000 JH | Nb ES     |
|------------------------|-----------------|------------|---------------|-----------------------------------|-----------|
| 2008                   | 770             | 8 284      | 9,3           | 0,041                             | 930       |
| 2009                   | 655             | 7 655      | 8,6           | 0,035                             | 929       |
| 2010                   | 684             | 7 214      | 9,5           | 0,038                             | 933       |
| 2011                   | 671             | 6 540      | 10,3          | 0,037                             | 974       |
| 2012                   | 742             | 7 111      | 10,4          | 0,037                             | 1181      |
| <i>Delta 08-12 (%)</i> | <i>-4</i>       | <i>-14</i> | <i>12</i>     | <i>-12</i>                        | <i>27</i> |

**Tableau 4 : BMR-Raisin 2012 – Nombre et incidence des bactériémies à SARM par Cclin**

| Inter-région           | Bactériémies à SARM |                                  |                   |              |                         |
|------------------------|---------------------|----------------------------------|-------------------|--------------|-------------------------|
|                        | Nb SARM HC          | Nb SARM HC *+ item bactériémie** | JH total          | DI HC        | DI HC+ item bactériémie |
| <b>CClin Nord</b>      | 209                 | 257                              | 6 011 180         | 0,035        | 0,043                   |
| Hors AP-HP             | 166                 | 201                              | 4 511 244         | 0,037        | 0,045                   |
| AP-HP                  | 43                  | 56                               | 1 499 936         | 0,029        | 0,037                   |
| <b>CClin Est</b>       | 137                 | 145                              | 2 619 519         | 0,052        | 0,055                   |
| <b>CClin Ouest</b>     | 112                 | 143                              | 3 565 320         | 0,031        | 0,040                   |
| <b>CClin Sud-Est</b>   | 134                 | 170                              | 5 120 886         | 0,026        | 0,033                   |
| <b>CClin Sud-Ouest</b> | 150                 | 181                              | 2 955 459         | 0,051        | 0,061                   |
| <b>TOTAL</b>           | <b>742</b>          | <b>896</b>                       | <b>20 272 364</b> | <b>0,037</b> | <b>0,044</b>            |

\* : 1er prélèvement positif à SARM = hémoculture (HC)

\*\* : prélèvements positifs à SARM = d'abord un prélèvement autre qu'hémoculture, puis une hémoculture prélevée ultérieurement

#### **Cible: 100 % des BN à SARM potentiellement évitables font l'objet d'une analyse des causes**

Ce nouvel indicateur du TdBIN permet d'inciter tous les établissements à évaluer leur politique en matière de prévention de la diffusion des bactéries multi résistantes, et de gestion du risque associé à ces bactéries. L'association du taux de bactériémies nosocomiales à SARM au critère de gestion du risque permet à chaque établissement de se positionner par rapport aux établissements de même catégorie en termes de niveau de risque. Il incite également à une coopération entre les structures de soins.

L'objectif de « BN-SARM » est de faire tendre vers zéro le nombre de cas de bactériémies nosocomiales évitables à SARM. Les établissements sont fortement incités à réaliser une analyse des causes de survenue de ces événements, considérés comme potentiellement évitables.

Cet indicateur est en simulation deux années consécutives (2014-2015), les premiers résultats seront disponibles l'année de sa diffusion publique (2016).

#### **Cibles :**

- stabilisation de la densité d'incidence des BN à *K.pneumoniae* ou *E.cloacae* BLSE à 3 ans
- diminution de la densité d'incidence des BN à *K.pneumoniae* ou *E.cloacae* BLSE de 20 % à 5 ans

Les données du réseau BMR Raisin 2012 montrent, depuis 2007-2008, une augmentation inquiétante de l'incidence des EBLSE, essentiellement en rapport avec une augmentation de l'incidence des *E. coli* BLSE dont l'origine peut être nosocomiale mais aussi communautaire. Malheureusement, des entérobactéries plus spécifiquement nosocomiales (*K. pneumoniae* et *E. cloacae*) voient également leur incidence augmenter (cf tableau ci-dessous).

Les données du réseau EARS-Net France mettent également en exergue ces mêmes augmentations avec des proportions de résistance aux céphalosporines de 3<sup>ème</sup> génération dans l'espèce qui atteignent en 2013, 9,5 % pour *E. coli* et 28 % pour *K. pneumoniae*. Pour atteindre l'objectif fixé, il conviendra dans un premier temps de limiter la progression des EBLSE par le renforcement des mesures de contrôle autour des cas puis d'inverser la courbe de progression pour revenir aux pourcentages de résistance observées au début de la période de surveillance.

Figure 8 : Densités d'incidence des SARM et des EBLSE pour 1 000 journées d'hospitalisation (densité d'incidence globale par année)

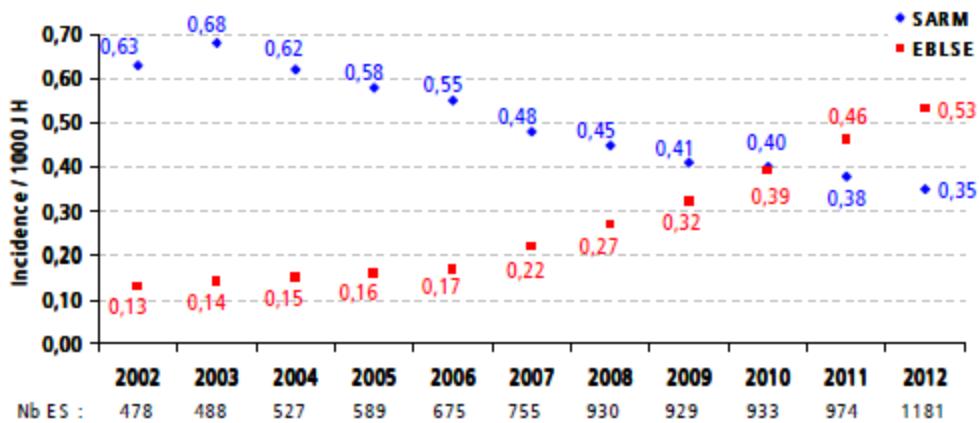


Tableau 19 : Évolution des densités d'incidence/1 000 JH des EBLSE par espèce

|                      | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| <i>E. coli</i>       | 0,02 | 0,04 | 0,04 | 0,06 | 0,07 | 0,11 | 0,16 | 0,19 | 0,23 | 0,27 | 0,31 |
| <i>K. pneumoniae</i> | 0,02 | 0,02 | 0,02 | 0,02 | 0,02 | 0,03 | 0,04 | 0,05 | 0,07 | 0,09 | 0,11 |
| <i>E. cloacae</i>    | 0,01 | 0,01 | 0,01 | 0,02 | 0,02 | 0,03 | 0,03 | 0,04 | 0,04 | 0,05 | 0,06 |
| <i>E. aerogenes</i>  | 0,04 | 0,05 | 0,04 | 0,04 | 0,03 | 0,02 | 0,02 | 0,02 | 0,01 | 0,01 | 0,00 |

Incidence d'hémocultures positives à *K. pneumoniae* et *E. cloacae* en 2012 et 2013 (tout ES: 1180 en 2012 et 1347 en 2013)

| HÉMOCULTURES POSITIVES            | 2012  |                | 2013  |                |
|-----------------------------------|-------|----------------|-------|----------------|
|                                   | Nb    | Inc / 10000 JH | Nb    | Inc / 10000 JH |
| <i>Enterobacter cloacae</i> BLSE  | 110   | 0,05           | 126   | 0,06           |
| <i>Klebsiella pneumoniae</i> BLSE | 191   | 0,09           | 257   | 0,12           |
| Etablissements participants       | 1 181 |                | 1 347 |                |

Les données de surveillance par le réseau EARSS montrent une augmentation de la proportion *K. pneumoniae* C3G-R de 20 % à 28 % entre 2009 et 2013.

Figure 5.22: *Klebsiella pneumoniae*: proportion of invasive isolates resistant to third-generation cephalosporins in 2009

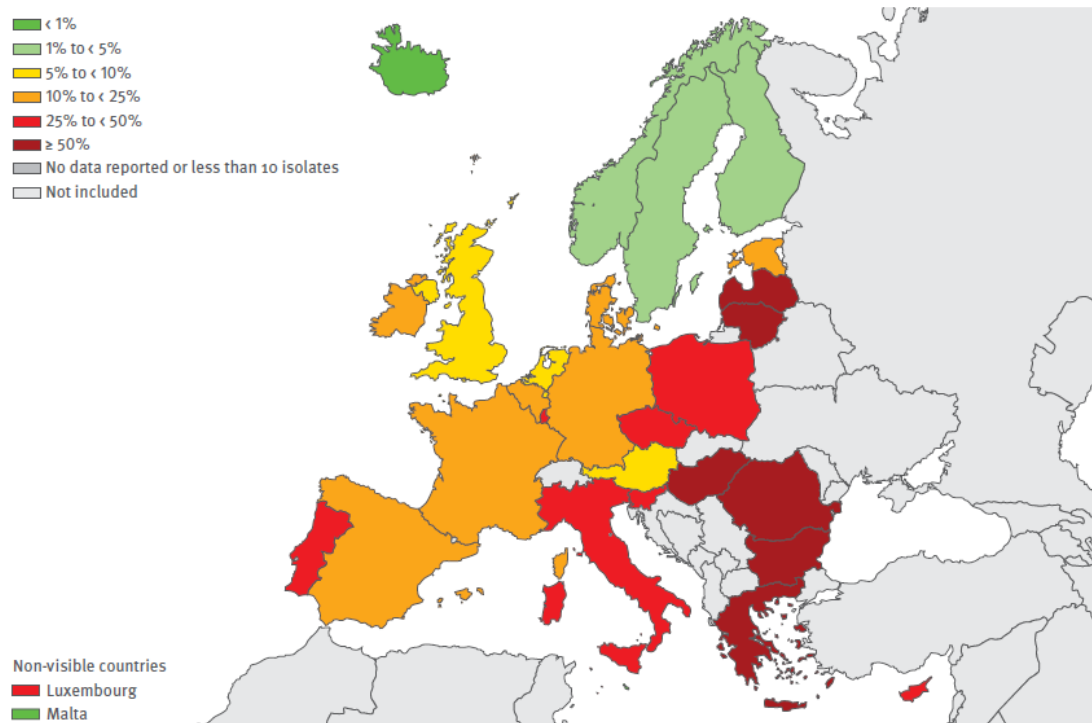
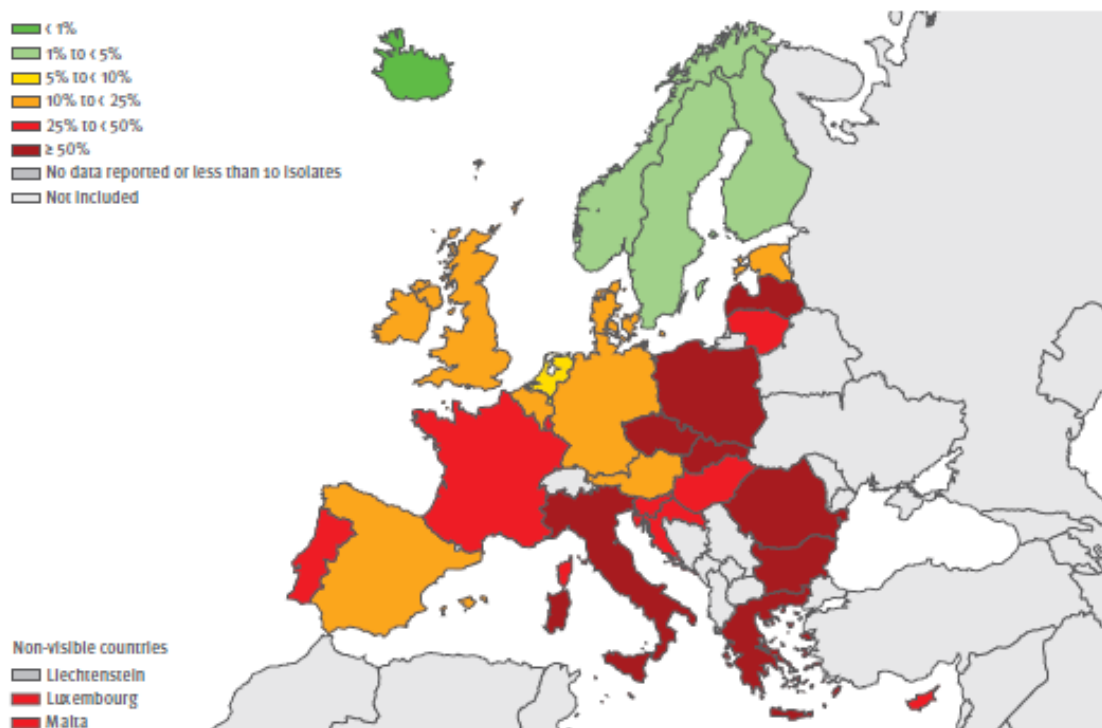


Figure 3.7: *Klebsiella pneumoniae*. Percentage (%) of invasive isolates with resistance to third-generation cephalosporins, by country, EU/EEA countries, 2013

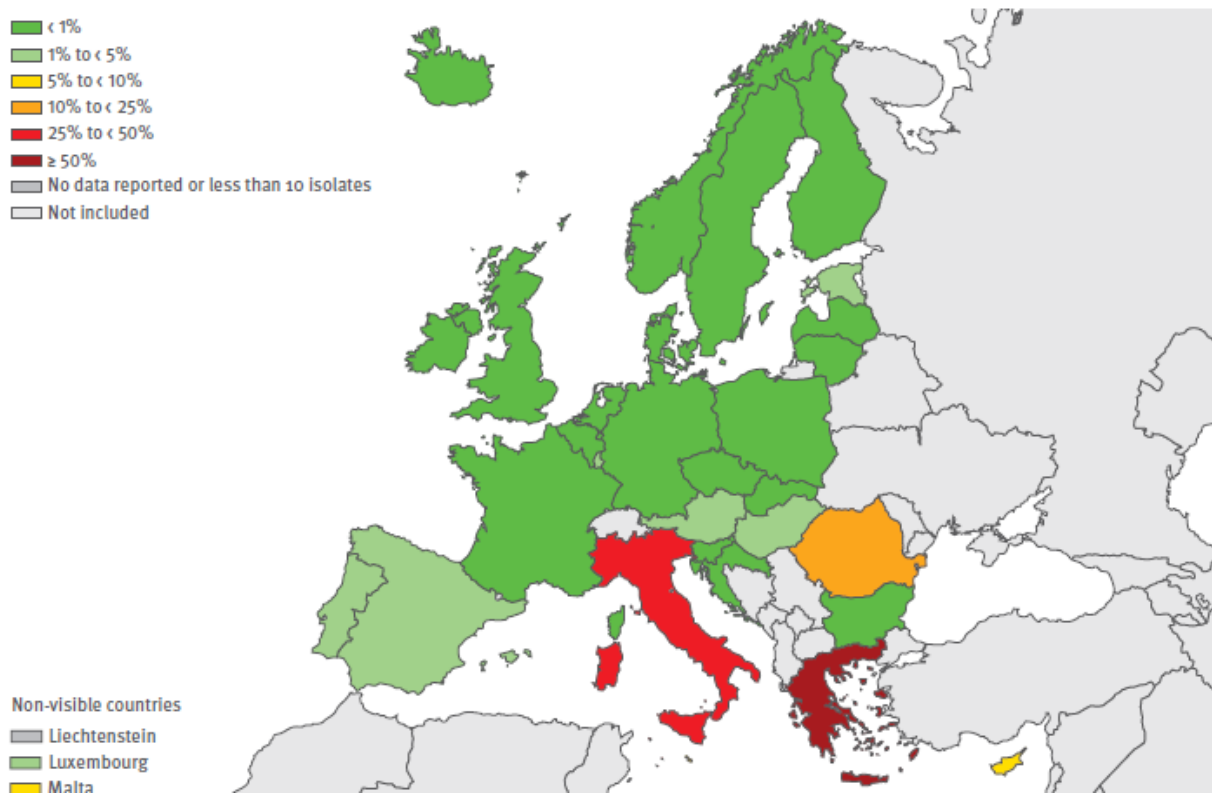


**Bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRe)**

**Taux d'EPC parmi les bactériémies à *Klebsiella pneumoniae* ≤ 1 % :**

Les entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC) sont en émergence en France. Elles ont été définies par le Haut Conseil de la Santé Publique comme des Bactéries hautement résistantes et émergentes (BHRe). Les données du réseau EARS-Net France qui permettent le suivi de la résistance phénotypique dans l'espèce montrent que le pourcentage de résistance aux carbapénèmes dans les souches isolées d'hémoculture et de liquide céphalorachidien est resté inférieure à 1 % (0,5 % en 2012, 0,7 % en 2013). L'objectif est, grâce à la poursuite des efforts dans les actions de prévention de la diffusion, de maintenir cette proportion de souches résistantes à moins de 1 % à 5 ans (2020).

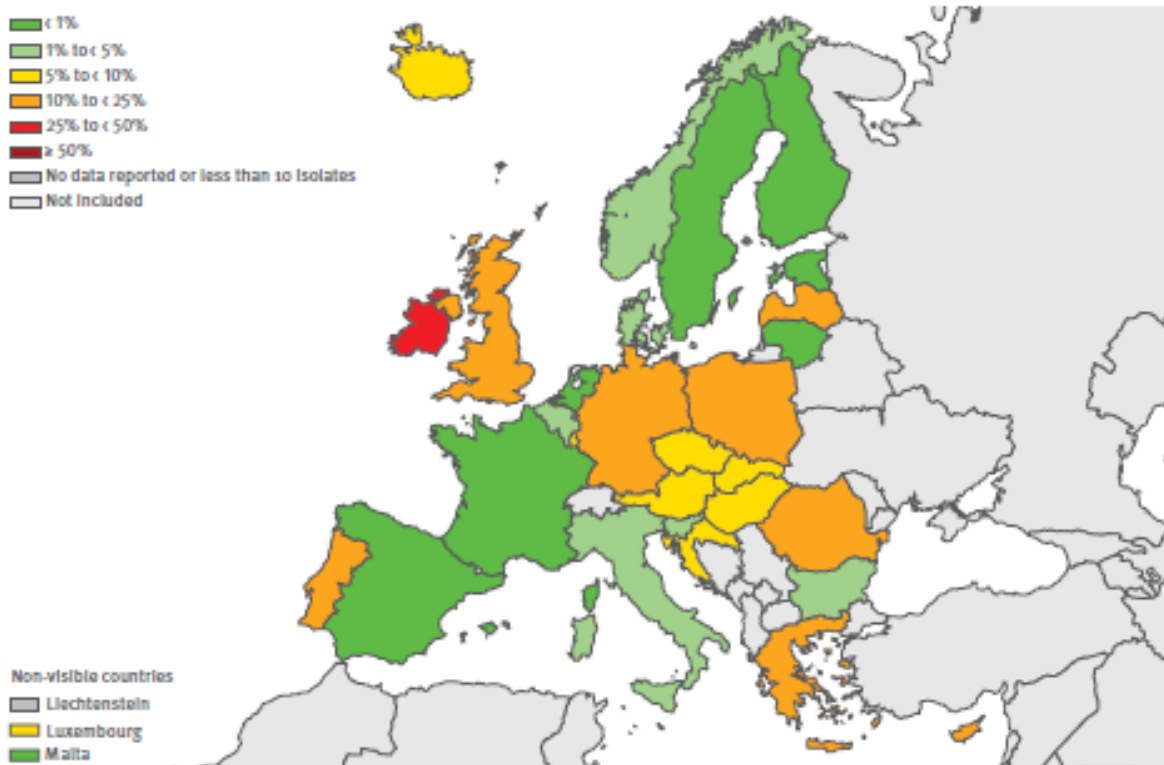
**Figure 3.9. *Klebsiella pneumoniae*. Percentage (%) of invasive isolates with resistance to carbapenems, by country, EU/EEA countries, 2013**



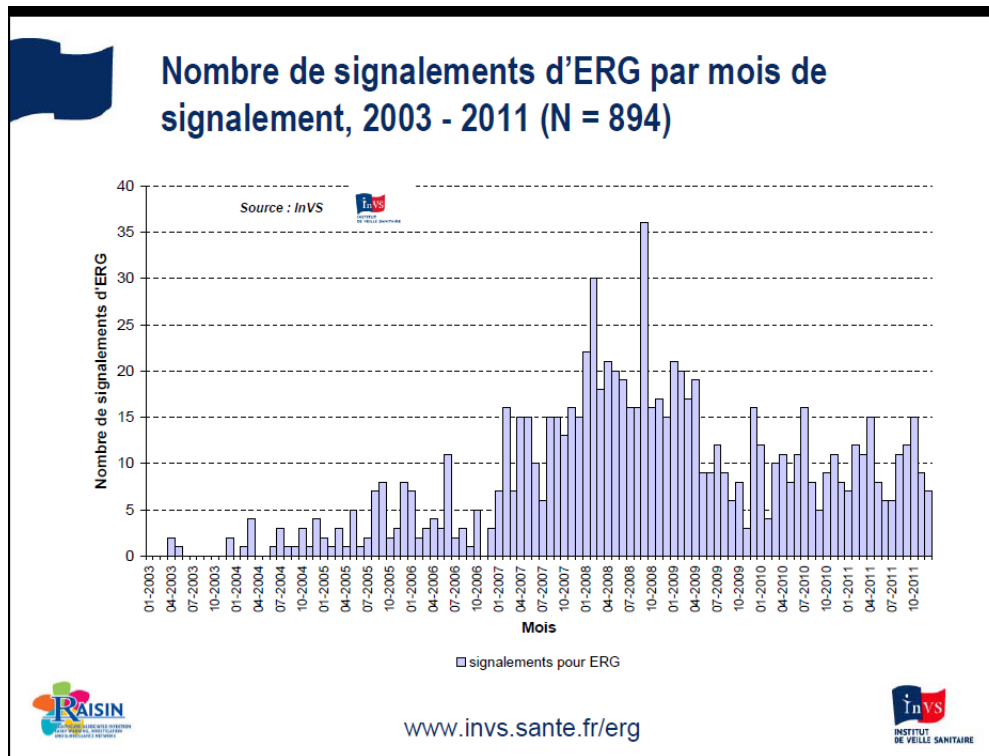
**Cible : taux d'ERV parmi les bactériémies à *Enterococcus faecium* ≤ 1 %**

Les entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG) ont été définis par le Haut Conseil de la Santé Publique comme des Bactéries hautement résistantes et émergentes (BHRé). Les données du réseau EARS-Net France qui permettent le suivi de la résistance phénotypique dans l'espèce montrent que la proportion de souche d'*Enterococcus faecium* résistants aux glycopeptides dans les souches isolées d'hémoculture est revenu à un seuil proche ou inférieur à 1 % depuis 2007 (2007 : 1 % ; 2010 : 1,1 % ; 2011 : 1,4 % ; 2012 : 0,8 % 2013 : 0,1 %). L'objectif est, grâce à la poursuite des efforts dans les actions de prévention de la diffusion, de maintenir cette proportion de souches résistantes à moins de 1 % à 5 ans (2020).

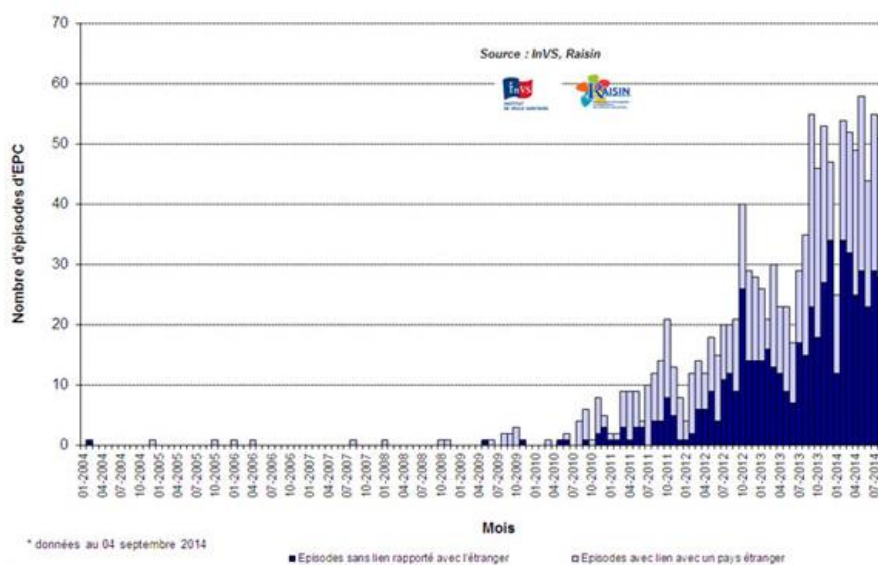
Figure 3.25. *Enterococcus faecium*. Percentage (%) of Invasive isolates resistant to vancomycin, by country, EU/EEA countries, 2013



**Cible : proportion de cas secondaires sur l'ensemble des cas de BHRé ≤ 20 %  
Et proportion d'épisodes avec cas secondaires ≤ 10 %**



Nombre d'épisodes impliquant des entérobactéries productrices de carbapénèmes en France signalés à l'InVS entre janvier 2004 et le 04 septembre 2014, selon la mise en évidence ou non d'un lien avec un pays étranger (N=1210)



Ces deux indicateurs concernent le nombre de cas secondaires au cours des épisodes BHRé, témoins de l'efficacité des mesures mises en œuvre. L'un s'adresse au niveau local (proportion de cas secondaires parmi l'ensemble des BHRé), l'autre au niveau régional/national (proportion d'épisodes avec cas secondaires).

Les EPC, comme les ERG, sont des bactéries émergentes en France (cf. données EARS-Net, figures ci-dessus). La limitation de la survenue de cas secondaires est une mesure clef pour la maîtrise de la diffusion de ces bactéries hautement résistantes aux antibiotiques, et dépend de la mise en



œuvre rapide et adaptée des mesures de dépistage et d'isolement des porteurs et des éventuels patients contacts. Selon les données nationales (bilan des épisodes impliquant des EPC, InVS-Raisin) rassemblées au 4 septembre 2014, et en excluant de l'analyse les épisodes de grandes tailles (>15 cas d'EPC), le nombre moyen de cas secondaires par épisode épidémique était de 2,4. D'après les données de l'AP-HP, depuis 2010, après la généralisation des mesures renforcées contre la diffusion des EPC, le nombre moyen de cas secondaires par épidémie étaient de 2 (Fournier et al, Eurosurv); ceci concernait 13 % des épisodes EPC.

Par ailleurs, la diffusion régionale au cours de certaines épidémies à ERG comme à EPC, parfois de grande ampleur, est une préoccupation importante. Là encore, une action rapide et coordonnée doit permettre de limiter ces phénomènes épidémiques à diffusion régionale, en ayant éventuellement recours à un cohorting local et régional (*cf.* Hénard et coll.). Pour les EPC Le nombre d'épisodes avec cas secondaires était de 11 (10 %) en 2011, 36 (15 %) en 2012, 38 (9 %) en 2013 et 55 (13 %) en 2014. A l'AP-HP, ce taux est maintenu autour de 10 % après application des mesures renforcées de maîtrise (Fournier et al, Eurosurv 2014). L'objectif est donc de maintenir une faible proportion d'épisodes avec cas secondaires, inférieure à 10 %. Cet indicateur est apprécié au niveau régional et national (données InVS).

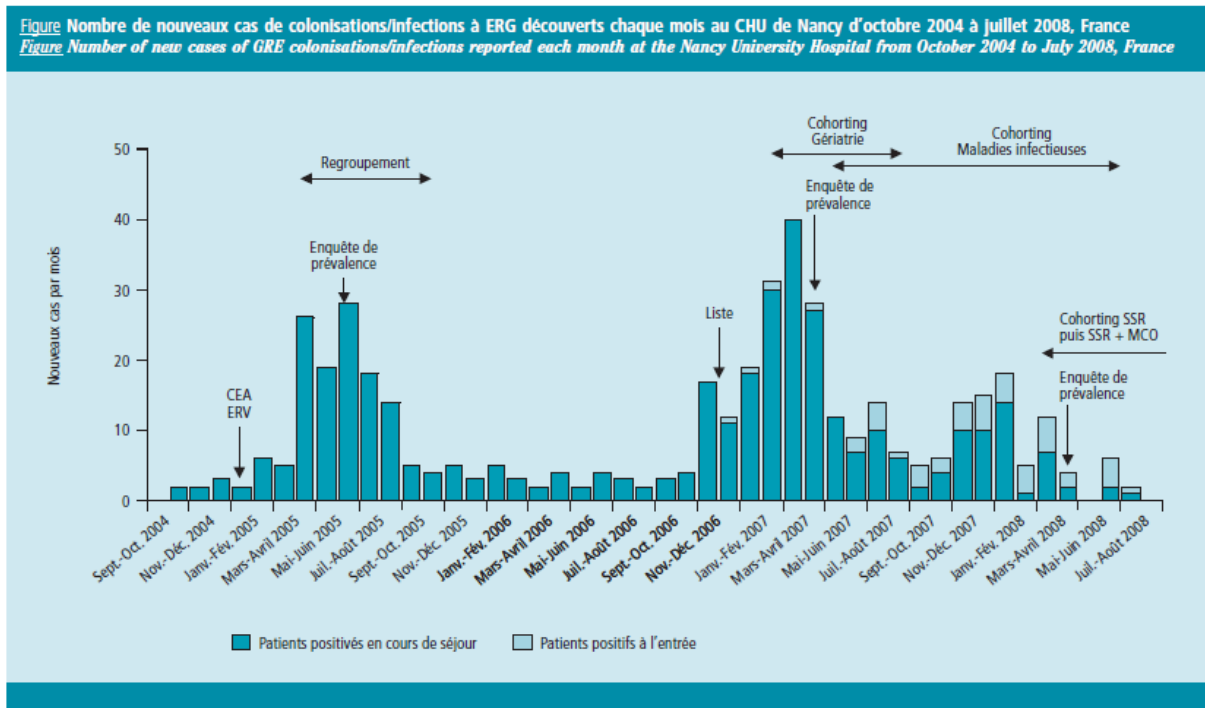
Tenant compte de ces données, il semble raisonnable de se fixer les objectifs suivants: moins de 10 % des épisodes donnent lieu à des cas secondaires et la proportion de cas secondaires parmi l'ensemble des cas doit rester inférieure à 20 %.



**Revue bibliographique :**

**1/ Control of a regional outbreak of vanA glycopeptide-resistant Enterococcus faecium, Eastern France, 2004-2009.**

Henard S1, Gendrin V, Simon L, Jouzeau N, Vernier N, Thiolet JM, Coignard B, Rabaud C.



Cet article montre que seul le cohorting au sein des établissements atteints et au niveau régional a permis de juguler l'épidémie et de réduire le nombre de nouveau cas à partir d'un patient porteur.

**2/ Contrôle des épidémies d'entérocoques résistants aux glycopeptides à l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris: trois ans d'expérience, 2004-2007**

**Control of glycopeptide-resistant enterococci outbreaks in University Hospitals of Paris area : three years experience, 2004-2007**

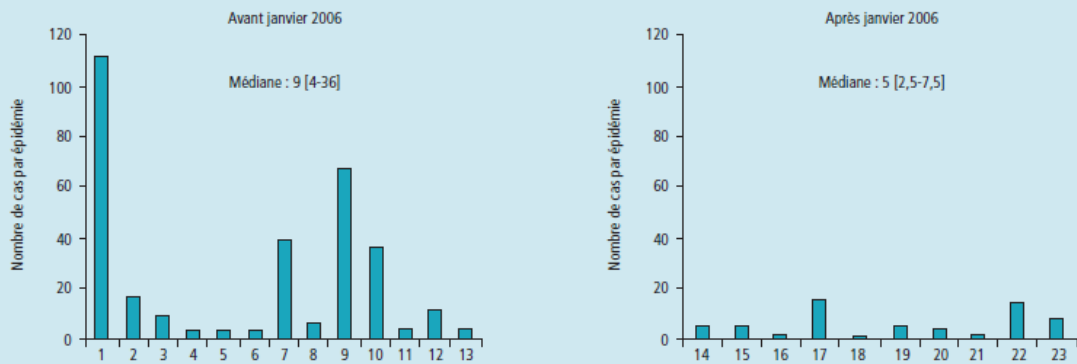
Sandra Fournier (sandra.fournier@sap.aphp.fr)<sup>1</sup> et al, AP-HP, Paris, France

Cet article montre que la mise en place des mesures « BHRé » a permis de réduire de façon importante le nombre de cas par épisode et, par conséquent, la durée des épisodes.

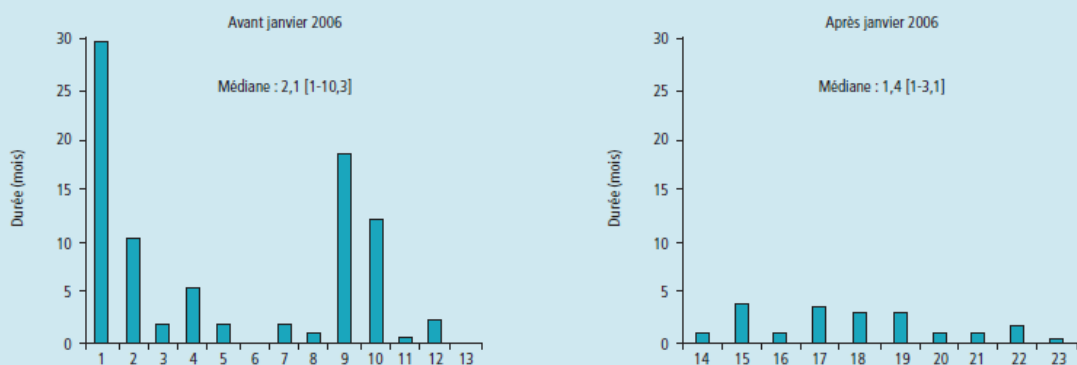
En effet, il est inévitable d'avoir quelques épidémies, notamment lorsque le patient index est identifié avec retard (ce qui est appelé découverte fortuite dans les recommandations nationales). En revanche, si les mesures sont appliquées rapidement et avec rigueur, le nombre de cas secondaires reste limité.

**Figure 3** Comparaison des épidémies d'ERG survenues dans les hôpitaux de l'AP-HP avant et après l'application des mesures de contrôle renforcées en janvier 2006.  
**Figure 3A :** nombre de cas par épidémie - **Figure 3B :** durée en mois des épidémies  
**Figure 3** Comparison of GRE outbreaks occurring in AP-HP hospitals before and after the enforcement of strict infection control measures in January 2006.  
**Number of cases per outbreak: figure 3A - Duration in months of outbreaks: figure 3B**

**Figure 3A**



**Figure 3B**

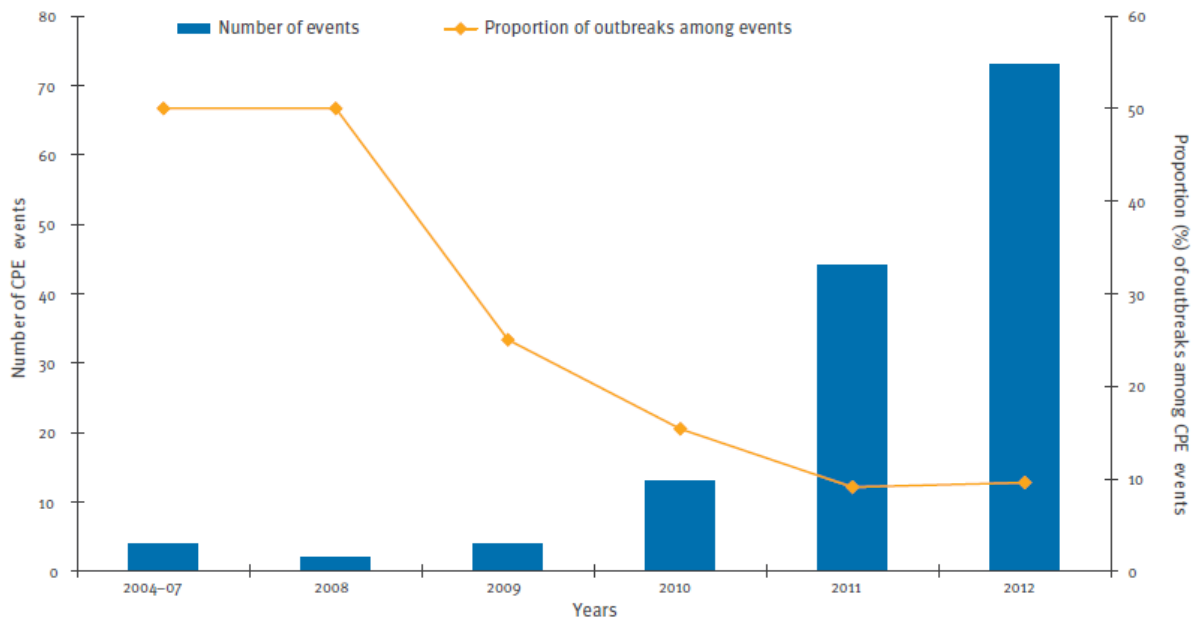


**3/ Long-term control of carbapenemase-producing Enterobacteriaceae at the scale of a large French multihospital institution: a nine-year experience, France, 2004 to 2012**

S Fournier (sandra.fournier@sap.aphp.fr)<sup>1</sup>, C Monteil<sup>1</sup>, M Lepointeur<sup>1</sup>, C Richard<sup>2</sup>, C Brun-Buisson<sup>3</sup>, V Jarlier<sup>4</sup>, AP-HP Outbreaks, Control Group<sup>5</sup> Eurosurveillance May 2014

**FIGURE**

Number of carbapenemase-producing Enterobacteriaceae (CPE) events (n=140) and proportion of outbreaks among these events at Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, France, 2004–2012



A CPE event was defined as one Index case (respectively defined as infected or colonised with CPE), followed or not by secondary case(s).

Évolution de la proportion de cas secondaires :

**TABLE 1**

Number of carbapenemase-producing Enterobacteriaceae (CPE) outbreaks among CPE events and number of secondary cases among all CPE cases, before and after implementation of a CPE control programme at Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, France, 2004–2012

|   | 2004–2009 | 2010–2012 | P value |
|---|-----------|-----------|---------|
| Number of events  | 10        | 130       | –       |
| Number of outbreaks (proportion of outbreaks among events)                  | 4 (40%)   | 13 (10%)  | 0.02    |
| Number of cases   | 32        | 168       | –       |
| Number of secondary cases (proportion of secondary cases among total cases) | 22 (69%)  | 38 (23%)  | < 0.001 |

Over the whole period from 2004 to 2012 there were a total of 17 outbreaks among 140 CPE events and 60 secondary cases among 200 CPE cases.

**Cible : mise à disposition d'un système informatique de repérage des patients BHRe et des contacts en cas de réadmission pour 100 % des ES**

Selon les données de l'étude EPC-raisin menée en 2012-2013, seuls 53 % des établissements disposaient d'un système informatique de repérage des patients BHRe en cas de réadmission. Selon les données l'enquête de la Société française d'hygiène hospitalière sur la prise en charge des patients suspects ou porteurs de bactéries hautement résistantes aux antibiotiques menée en 2012, 47 % des établissements déclaraient avoir une procédure de recherche systématique du statut infectieux en cas de réadmission d'un patient porteur de BHRe. L'organisation du repérage des patients cibles était significativement associée avec l'utilisation du système d'information hospitalier. La mise à disposition d'un système informatique hospitalier est ainsi un élément clef pour la maîtrise du repérage des patients BHRe en cas de réadmission.

**Cible : lettre de liaison inclut l'information en cas de transfert entre ES-EMS-Ville dans 100 % des ES**

La lettre de liaison, prévue par l'Article 24 de la Loi de santé est en cours de finalisation et rentrera en application à partir de janvier 2016: celle-ci comprend l'information sur le portage de BMR ou de BHRe du patient.

**Antibiotiques**

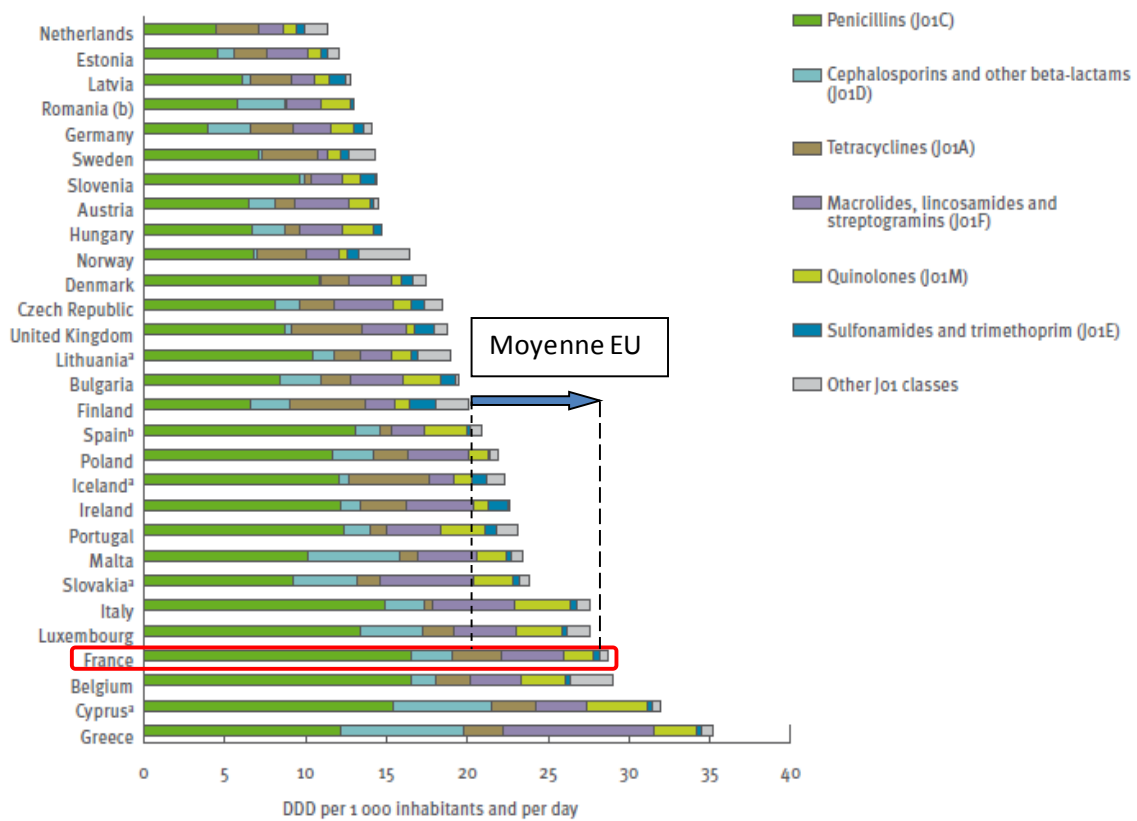
**Cible : réduction de la consommation d'antibiotiques pour rejoindre la moyenne européenne en 5 ans**

Le plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016 a fixé comme objectif la réduction de 25 % des consommations d'antibiotiques. Depuis 2010, toutefois, la consommation des antibiotiques s'inscrit dans une tendance à la hausse (+ 4.9 % en ville, + 2,8 % ES), ce que confirment les résultats de l'année 2013 (données ANSM). Par ailleurs, les données évolutives ATB RAISIN ne montrent pas d'amorce de diminution.

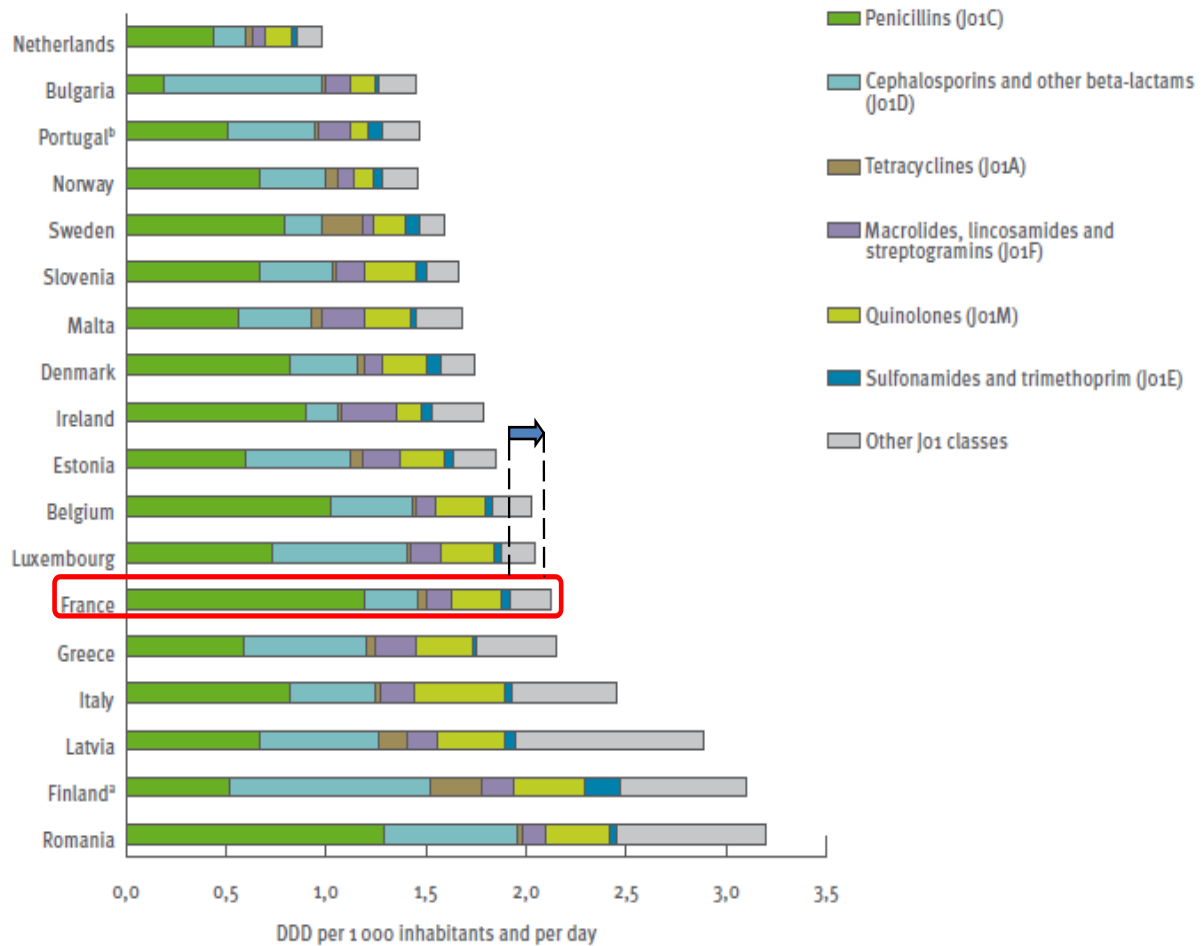
Il apparaît ainsi que cet objectif de réduction des consommations d'antibiotiques entre 2011 et 2016 sera difficile à atteindre. Il semble raisonnable de prévoir une évolution de la consommation d'antibiotique à plus long terme (2020) et parallèlement à l'évolution de la consommation européenne.

Données ECDC: La France « mauvais élève » de l'Europe à l'hôpital et surtout en ville (où l'écart à la moyenne est beaucoup plus important qu'en milieu hospitalier cf schéma...).

**Figure 2.6.6.** Distribution of consumption of antibacterials for systemic use (ATC group J01) in the community (outside of hospitals) at ATC group level 3, EU/EEA, 2011, expressed as DDD per 1000 inhabitants and per day



**Figure 2.6.8.** Distribution of consumption of antibacterials for systemic use (ATC group J01) at ATC group level 3 in the hospital sector, EU/EEA, 2011, expressed as DDD per 1000 inhabitants and per day



## ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION D'ANTIBIOTIQUES DEPUIS 2008

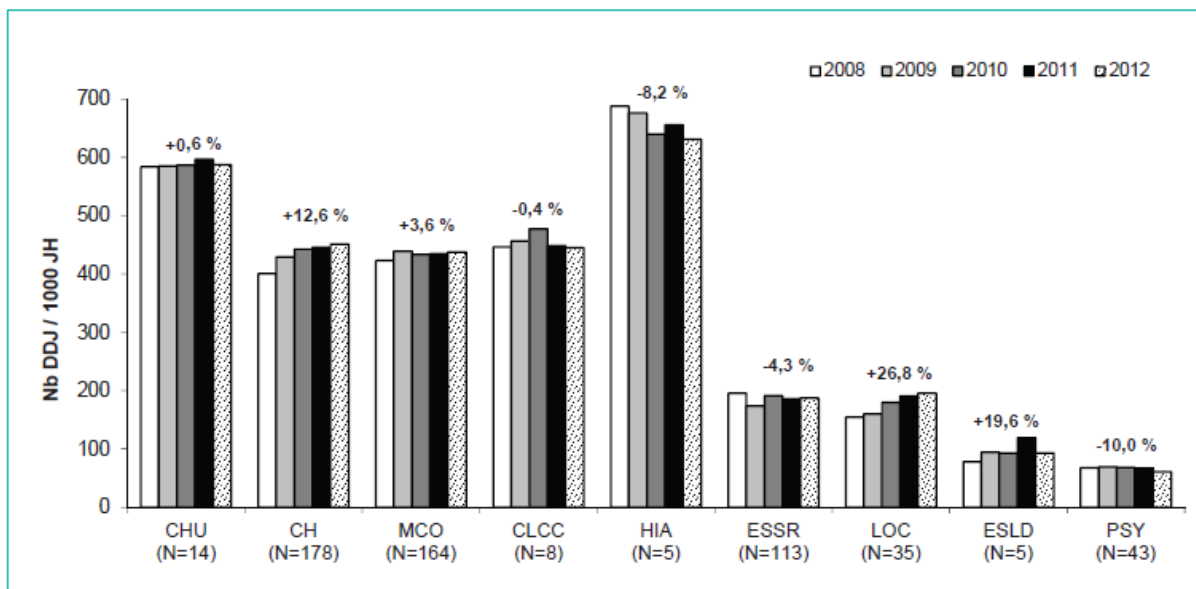
I TABLEAU 5 I

Évolution de la consommation globale des antibiotiques dans les 565 établissements de santé ayant participé de 2008 à 2012

| Année  | 2008  | 2009  | 2010  | 2011  | 2012  |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|
| Consommation globale (DDJ / 1000 JH)           | 363,2 | 376,5 | 386,0 | 388,2 | 389,4 |
| Évolution par rapport à l'année précédente (%) |       | 3,7   | 2,5   | 0,6   | 0,3   |

I FIGURE 6 I

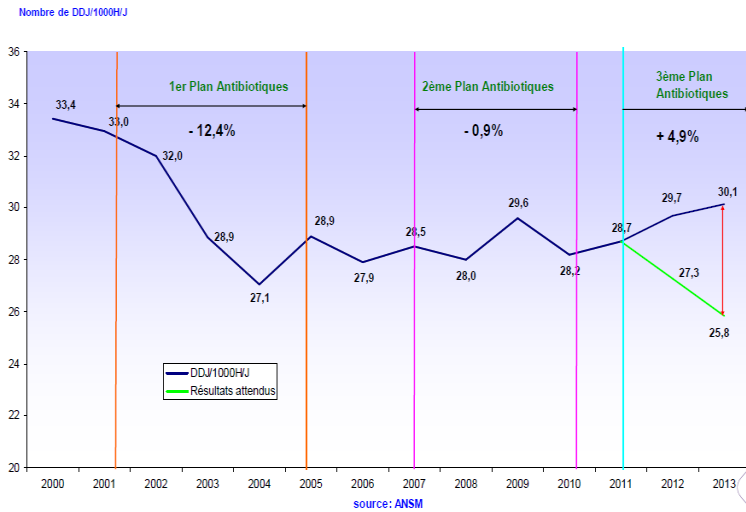
Évolution de la consommation globale des antibiotiques dans les 565 établissements de santé ayant participé de 2008 à 2012 (et pourcentage d'évolution calculé entre 2008 et 2012) selon le type d'établissements





## Consommation d'antibiotiques

Evolution de la consommation d'antibiotiques en ville en nombre de DDJ/1000H/J



En ville, la consommation (en nombre de DDJ/1000H/J) a continuellement augmenté au cours de ces trois dernières années.

Les prescriptions non justifiées demeurent très importantes (les pathologies hivernales d'origine virale constituent en 2013 le premier motif de prescription (28%, panel IMS), et contribuent à expliquer l'augmentation de la consommation en 2013 (incidence élevée des syndromes grippaux en début d'année).

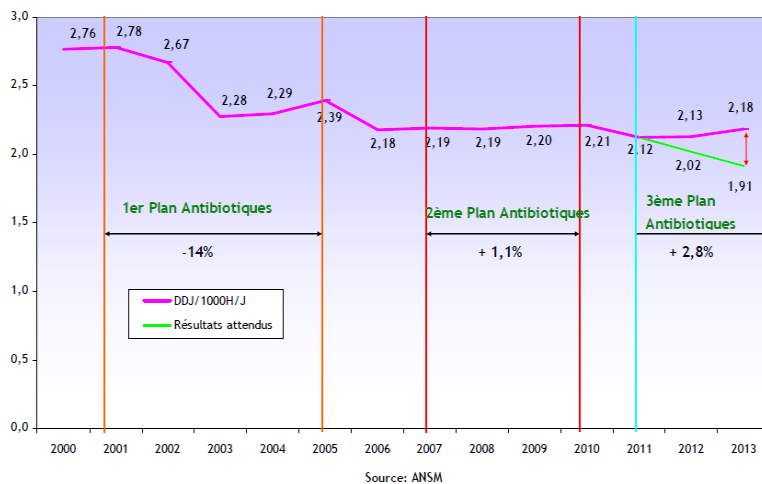
4

DGS -bureau RI1 - JC Comboroure



## Consommation d'antibiotiques

Evolution de la consommation d'antibiotiques à l'hôpital en nombre de DDJ/1000H/J



### A l'hôpital:

En DDJ/1000H/J, la situation est assez comparable : baisse significative de la consommation au cours du 1er Plan, suivie d'une période de relative stabilité (2ème Plan), puis d'une phase de légère reprise.

DGS -bureau RI1 - JC Comboroure

5



**Cible : proportion de traitements antibiotiques curatifs de plus de 7 jours non justifiés ≤ 10 %**

La très grande majorité des infections courantes ne justifie pas d'un traitement antibiotique prolongé au-delà de 7 jours ; des travaux récents indiquent même qu'une réduction de durée à 5 jours serait suffisante notamment dans les infections respiratoires basses ou intra-abdominales.

Les indications aux traitements prolongés concernent des indications rares comme les endocardites, les infections ostéo-articulaires, les prostatites et certaines infections neuro-méningées, des suppurations ou des infections sur des terrains particuliers. Ces indications de traitements prolongés doivent être justifiées par une indication claire, et faire l'objet d'une réévaluation périodique, en concertation avec le référent antibiotique de l'établissement, qui doit être informé, notamment par le système d'information hospitalier des prescriptions prolongées. La proportion de ces traitements prolongés au-delà de 7 jours peut donc être évaluée, et doit être maintenue à un niveau faible, >10 %.

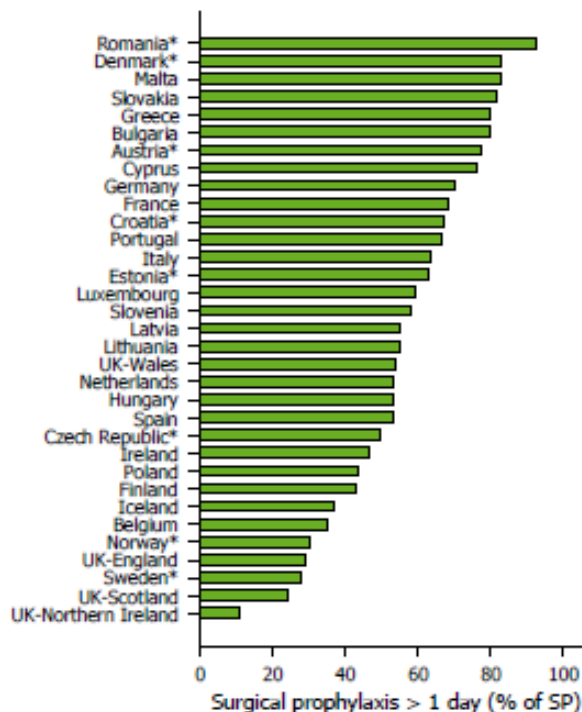
L'indicateur ICATB.2 du TdBIN apprécie si l'établissement évalue ses pratiques en matière de qualité des prescriptions. Concernant l'évaluation de la durée de l'antibiothérapie, les résultats 2013 disponibles montrent que 70,96 % des ES déclarent avoir réalisé cette évaluation.

**Cible : proportion d'ATB prophylaxies de plus de 24h ≤ 10 %**

La France « mauvais élève » de l'Europe pour la durée de l'antibioprophylaxie (ENP 2012)

Il n'existe que de très rares indications reconnues où une prophylaxie péri-opératoire doit être prolongée au-delà de la période péri-opératoire stricte, et encore moins au-delà des 24h post-opératoires. Ces prescriptions doivent être réduites au minimum, et justifiées. L'objectif à atteindre est que leur proportion ne dépasse pas 10 % de l'ensemble.

**Figure 69. Surgical prophylaxis given for more than one day as a percentage of the total antimicrobials prescribed for surgical prophylaxis, by country, ECDC PPS 2011–2012**



**Vaccinations**

**Cible : 100 % des responsables d'ES connaissent l'immunisation contre l'hépatite B de leur personnel exposé**

L'item A12 de l'indicateur ICALIN.2 mesure chaque année le nombre d'établissements ayant déclaré avoir une procédure de vérification de l'immunisation des professionnels de santé vis-à-vis du VHB. Les derniers résultats disponibles du bilan LIN national (activité 2012) montrent que 80,39 % des établissements de santé déclarent avoir cette procédure.

| CATÉGORIE      | ES NON RÉPONDANT |      | OUI  |       | NON |       | TOTAL ES |        |
|----------------|------------------|------|------|-------|-----|-------|----------|--------|
|                | NB               | %    | NB   | %     | NB  | %     | NB       | %      |
| ÉTAB. PSY      |                  |      | 243  | 76.66 | 74  | 23.34 | 317      | 11.35  |
| SSR-SLD        | 1                | 0.13 | 585  | 77.18 | 172 | 22.69 | 758      | 27.13  |
| HAD            |                  |      | 90   | 72.58 | 34  | 27.42 | 124      | 4.44   |
| CL. INF 100 LP |                  |      | 201  | 87.39 | 29  | 12.61 | 230      | 8.23   |
| CL. SUP 100 LP |                  |      | 288  | 87.27 | 42  | 12.73 | 330      | 11.81  |
| CHR-CHU        |                  |      | 69   | 95.83 | 3   | 4.17  | 72       | 2.58   |
| CH INF 300 LP  |                  |      | 258  | 80.12 | 64  | 19.88 | 322      | 11.52  |
| CH SUP 300 LP  |                  |      | 182  | 87.50 | 26  | 12.50 | 208      | 7.44   |
| CLCC-CANCER    |                  |      | 18   | 94.74 | 1   | 5.26  | 19       | 0.68   |
| HOPITAL LOCAL  |                  |      | 209  | 71.82 | 82  | 28.18 | 291      | 10.42  |
| MECSS-POUP.    |                  |      | 20   | 60.61 | 13  | 39.39 | 33       | 1.18   |
| HÉMODIALYSE    |                  |      | 83   | 92.22 | 7   | 7.78  | 90       | 3.22   |
| TOTAL          | 1                | 0.04 | 2246 | 80.39 | 547 | 19.58 | 2794     | 100.00 |

**Cible : 100 % des soignants connaissent leur couverture vaccinale/immunisation contre la rougeole, la coqueluche et la varicelle**

Les items A14 et A15 de l'indicateur ICALIN.2 mesurent chaque année le nombre d'établissements ayant déclaré avoir une surveillance de la couverture vaccinale et/ou de l'immunisation des professionnels de santé pour la rougeole, la varicelle ou pour la coqueluche.

Les derniers résultats disponibles du bilan LIN national (activité 2012) montrent:

**A14 : 55,33 % des établissements de santé déclarent surveiller la couverture vaccinale et/ou l'immunisation pour la rougeole.**

| CATÉGORIE      | ES NON RÉPONDANT |      | OUI  |       | NON  |       | TOTAL ES |        |
|----------------|------------------|------|------|-------|------|-------|----------|--------|
|                | NB               | %    | NB   | %     | NB   | %     | NB       | %      |
| ÉTAB. PSY      |                  |      | 161  | 50.79 | 156  | 49.21 | 317      | 11.35  |
| SSR-SLD        |                  |      | 369  | 48.68 | 389  | 51.32 | 758      | 27.13  |
| HAD            |                  |      | 68   | 54.84 | 56   | 45.16 | 124      | 4.44   |
| CL. INF 100 LP |                  |      | 130  | 56.52 | 100  | 43.48 | 230      | 8.23   |
| CL. SUP 100 LP |                  |      | 204  | 61.82 | 126  | 38.18 | 330      | 11.81  |
| CHR-CHU        |                  |      | 60   | 83.33 | 12   | 16.67 | 72       | 2.58   |
| CH INF 300 LP  |                  |      | 193  | 59.94 | 129  | 40.06 | 322      | 11.52  |
| CH SUP 300 LP  | 1                | 0.48 | 168  | 80.77 | 39   | 18.75 | 208      | 7.44   |
| CLCC-CANCER    |                  |      | 14   | 73.68 | 5    | 26.32 | 19       | 0.68   |
| HOPITAL LOCAL  |                  |      | 114  | 39.18 | 177  | 60.82 | 291      | 10.42  |
| MECSS-POUP.    |                  |      | 15   | 45.45 | 18   | 54.55 | 33       | 1.18   |
| HÉMODIALYSE    |                  |      | 50   | 55.56 | 40   | 44.44 | 90       | 3.22   |
| TOTAL          | 1                | 0.04 | 1546 | 55.33 | 1247 | 44.63 | 2794     | 100.00 |

**A15 : 100 % des établissements de santé déclarent surveiller la couverture vaccinale et/ou l'immunisation pour la varicelle ou la coqueluche.**

**Cible : 100 % des ES organisent une campagne annuelle de vaccination des professionnels de santé contre la grippe et retro-informent sur la couverture vaccinale obtenue**

L'item A13 de l'indicateur ICALIN.2 mesure chaque année le nombre d'établissements ayant déclaré avoir une surveillance de la couverture vaccinale de la grippe. Les derniers résultats disponibles du bilan LIN national (activité 2012) montrent que 84,07 % des établissements de santé déclarent réaliser cette surveillance.

| CATÉGORIE      | ES NON RÉPONDANT |      | OUI  |        | NON |       | TOTAL ES |        |
|----------------|------------------|------|------|--------|-----|-------|----------|--------|
|                | NB               | %    | NB   | %      | NB  | %     | NB       | %      |
| ÉTAB. PSY      | 1                | 0.32 | 267  | 84.23  | 49  | 15.46 | 317      | 11.35  |
| SSR-SLD        |                  |      | 617  | 81.40  | 141 | 18.60 | 758      | 27.13  |
| HAD            |                  |      | 94   | 75.81  | 30  | 24.19 | 124      | 4.44   |
| CL. INF 100 LP |                  |      | 188  | 81.74  | 42  | 18.26 | 230      | 8.23   |
| CL. SUP 100 LP |                  |      | 274  | 83.03  | 56  | 16.97 | 330      | 11.81  |
| CHR-CHU        |                  |      | 71   | 98.61  | 1   | 1.39  | 72       | 2.58   |
| CH INF 300 LP  |                  |      | 277  | 86.02  | 45  | 13.98 | 322      | 11.52  |
| CH SUP 300 LP  |                  |      | 201  | 96.63  | 7   | 3.37  | 208      | 7.44   |
| CLCC-CANCER    |                  |      | 19   | 100.00 |     |       | 19       | 0.68   |
| HOPITAL LOCAL  |                  |      | 245  | 84.19  | 46  | 15.81 | 291      | 10.42  |
| MECSS-POUP.    |                  |      | 27   | 81.82  | 6   | 18.18 | 33       | 1.18   |
| HÉMODIALYSE    |                  |      | 69   | 76.67  | 21  | 23.33 | 90       | 3.22   |
| TOTAL          | 1                | 0.04 | 2349 | 84.07  | 444 | 15.89 | 2794     | 100.00 |

**Argumentaire pour les cibles quantitatives de l'axe 3**

| ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ  |   | NIVEAU   | ÉCHÉANCE<br>Périodicité                 | SOURCE               |
|--|---|--|---|----------------------|
| ISO  | Taux d'ISO par acte/procédure ciblée en chirurgie orthopédique prothétique (PTH, PTG) de première intention en utilisant le SIH: ≤ 1 % pour PTH et PTG  | Local<br>National                                  | 2016<br>Bisannuel                       | Raisin               |
| Bactériémies   | Bactériémie sur CVC en réanimation: taux ≤ 1/1000 J-cathéter<br>Bactériémie sur CVC hors réanimation: diminution de 20 % de la prévalence<br>Diminution de 20 % de la prévalence des bactériémies à <i>S. aureus</i> sur DIV en réanimation et hors réanimation | Local<br>Local<br>Régional<br>National<br>National | 2015/annuel<br>2017/5 ans<br>2017/5 ans | Raisin<br>ENP<br>ENP |
| ÉTABLISSEMENTS MÉDICAUX-SOCIAUX<br>SECTEURS DES SOINS DE VILLE |   | NIVEAU   | ÉCHÉANCE<br>Périodicité                 | SOURCE               |
| Bactériémies   | Signalement des bactériémies à <i>S. aureus</i> sur DIV à partir du LBM*  | Régional   | 2016                                    | ARS CClin/<br>Arlin  |

**Infections du site opératoire (ISO)**

**Cible : taux d'ISO par acte/procédure ciblée en chirurgie orthopédique prothétique (PTH, PTG) de première intention en utilisant le SIH :  $\leq 1\%$  pour PTH et PTG**

Actuellement, la surveillance des ISO fait partie des indicateurs du TdBIN par l'indicateur ICALISO. Aucun taux n'est demandé. Parallèlement, l'évolution de l'utilisation des données issues du SIH devrait permettre prochainement de produire facilement des taux d'infection.

L'étude de L. Grammatico-Guillon et al. (ICHE juin 2014) sur les données d'une région a démontré que l'utilisation du SIH avec un algorithme adapté pouvait constituer un bon outil de surveillance des Iso en routine pour les prothèses totales de hanche et de genou.

**Les données du Raisin :**

Tableau 4.c : Taux d'ISO et DI/1000 jours de suivi par intervention et selon le score NNIS en orthopédie, données ISO-Raisin, 2012

| Interventions                         | Nb interv. | Nb inf. | Taux d'ISO (%) | IC95%       | Nb jrs suivi | DI/1000 jours de suivi | IC95%       |
|---------------------------------------|------------|---------|----------------|-------------|--------------|------------------------|-------------|
| <b>Prothèse non totale de hanche</b>  |            |         |                |             |              |                        |             |
| Global                                | 2 697      | 34      | 1,26           | 0,84 - 1,68 | 65 114       | 0,52                   | 0,35 - 0,70 |
| NNIS-0                                | 968        | 11      | 1,14           | 0,46 - 1,81 | 23 563       | 0,47                   | 0,19 - 0,74 |
| NNIS-1                                | 1 485      | 20      | 1,35           | 0,76 - 1,94 | 35 769       | 0,56                   | 0,31 - 0,80 |
| NNIS-2,3                              | 62         | 1       | 1,61           | 0,00 - 4,77 | 1 430        | 0,70                   | 0,00 - 2,07 |
| <b>Prothèse totale de hanche</b>      |            |         |                |             |              |                        |             |
| Global                                | 13 569     | 94      | 0,69           | 0,55 - 0,83 | 357 390      | 0,26                   | 0,21 - 0,32 |
| NNIS-0                                | 8 818      | 44      | 0,50           | 0,35 - 0,65 | 232 955      | 0,19                   | 0,13 - 0,24 |
| NNIS-1                                | 3 817      | 40      | 1,05           | 0,72 - 1,37 | 101 133      | 0,40                   | 0,27 - 0,52 |
| NNIS-2,3                              | 262        | 7       | 2,67           | 0,69 - 4,65 | 6 839        | 1,02                   | 0,27 - 1,78 |
| <b>Prothèse de hanche (PTHA+PTTH)</b> |            |         |                |             |              |                        |             |
| Global                                | 16 266     | 128     | 0,79           | 0,65 - 0,92 | 422 504      | 0,30                   | 0,25 - 0,36 |
| NNIS-0                                | 9 786      | 55      | 0,56           | 0,41 - 0,71 | 256 518      | 0,21                   | 0,16 - 0,27 |
| NNIS-1                                | 5 302      | 60      | 1,13           | 0,85 - 1,42 | 136 902      | 0,44                   | 0,33 - 0,55 |
| NNIS-2,3                              | 324        | 8       | 2,47           | 0,76 - 4,18 | 8 269        | 0,97                   | 0,30 - 1,64 |
| <b>Reprise de prothèse de hanche</b>  |            |         |                |             |              |                        |             |
| Global                                | 1 654      | 25      | 1,51           | 0,92 - 2,10 | 42 700       | 0,59                   | 0,36 - 0,81 |
| NNIS-0                                | 850        | 11      | 1,29           | 0,53 - 2,06 | 22 163       | 0,50                   | 0,20 - 0,79 |
| NNIS-1                                | 582        | 11      | 1,89           | 0,77 - 3,01 | 14 985       | 0,73                   | 0,30 - 1,17 |
| NNIS-2,3                              | 95         | 1       | 1,05           | 0,00 - 3,12 | 2 568        | 0,39                   | 0,00 - 1,15 |
| <b>Prothèse de genou</b>              |            |         |                |             |              |                        |             |
| Global                                | 10 554     | 33      | 0,31           | 0,21 - 0,42 | 281 262      | 0,12                   | 0,08 - 0,16 |
| NNIS-0                                | 6 365      | 16      | 0,25           | 0,13 - 0,37 | 168 690      | 0,09                   | 0,05 - 0,14 |
| NNIS-1                                | 3 369      | 12      | 0,36           | 0,15 - 0,56 | 90 247       | 0,13                   | 0,06 - 0,21 |
| NNIS-2,3                              | 389        | 5       | 1,29           | 0,16 - 2,41 | 10 635       | 0,47                   | 0,06 - 0,88 |

L'incidence varie selon l'intervention et le score NNIS.

**Les données de différents réseaux de surveillance (LGG JHI article in Press) sont cohérentes avec le choix de 1 % pour le taux « cible » choisi :**

Table II

Distribution of main studies with estimation of surgical site infection (SSI) and prosthetic joint infection (PJI) rates

| National surveillance systems | SSI incidence  | PJI after THA  | Hip SIR | PJI after TKA  | Knee SIR | Overall estimation of PJI |
|-------------------------------|----------------|----------------|---------|----------------|----------|---------------------------|
| NHSN (USA)                    | 1.19–1.9%      | 1.4%           |         | 1.0%           |          |                           |
| INCLIMECC (Spain)             | —              | 2.7%           | 3.25    | 1.3%           | 1.87     |                           |
| RAISIN (France)               | 1–1.9%         | 1.54           |         | 0.67%          |          | 0.84%                     |
| NNSR (Hungary)                | 2.27%          | 2.91%          | 2.32    |                |          |                           |
| KISS (Germany)                | 1.6%           |                |         | 1%             |          | 1.0%                      |
| SIRO (Finland)                | —              | 1.6%           | —       | 1.3%           |          | 0.95%                     |
| PREZIES (Netherland)          | 1.8%           | 1.3–2.3%       |         | 1.6%           |          | 2.2%                      |
|                               | 1.3–1.9%       | 2.4%           |         |                |          |                           |
| SSHAIP (Scotland)             | 2.61 (2.3–3.0) | 1.75 (1.3–2.3) |         | 1.46 (0.9–2.3) |          |                           |
| NINSS (UK)                    | 2.4%           | 2.4%           |         | 3.7%           |          |                           |
| HELICS (Europe)               |                | 2.2 (2.1–2.4)  |         |                |          |                           |

SIR, standardized infection ratio; THA, total hip arthroplasty; TKA, total knee arthroplasty.

**Bactériémies**
**Cible : bactériémie sur CVC en réanimation : taux  $\leq$  1/1000 J-cathéter**

Une réduction importante des taux d'infections associées aux cathéters veineux centraux en réanimation a été obtenue ces 10 dernières années. Les données du réseau Réa Raisin montrent des taux de BLC  $<$  1/1000JC depuis 2007. L'objectif est de maintenir le taux à ce niveau faible:

| Variables                                       |   | 2004   | 2005   | 2006   | 2007   | 2008   | 2009   | 2010   | 2011   | 2012   |
|---|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| <b>Participation REA-RAISIN</b> (% lits SAE)    |   | -      | -      | -      | 32,1   | 36,1   | 36,4   | 36,8   | 39,7   | 42,1   |
| <b>Etablissements</b>                           | n   | 102    | 132    | 141    | 148    | 153    | 162    | 166    | 165    | 174    |
| <b>Services</b>                                 | n   | 116    | 141    | 158    | 165    | 174    | 176    | 181    | 184    | 196    |
| <b>Lits</b>                                     | n   | -      | -      | -      | 1 847  | 1 981  | 1 994  | 2 030  | 2 168  | 2 284  |
| <b>Patients</b>                                 | n   | 14 752 | 19 693 | 22 090 | 22 927 | 25 225 | 24 459 | 25 685 | 27 722 | 29 554 |
| <b>Caractéristiques</b>                         |   |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| <b>Age</b> (en années)                          | moy.  | 61,0   | 61,6   | 61,4   | 61,4   | 62     | 62,8   | 63,0   | 63,0   | 63,7   |
| <b>Sex-ratio</b>                                | H/F   | 1,65   | 1,63   | 1,56   | 1,58   | 1,63   | 1,59   | 1,55   | 1,63   | 1,62   |
| <b>Durée du séjour</b> (en jours)               | moy.  | 11,2   | 11,3   | 11,1   | 11,2   | 11,2   | 11,8   | 11,6   | 11,6   | 11,6   |
| <b>IGS II</b>                                   | moy.  | 39,4   | 40,4   | 40,2   | 41,7   | 42     | 42,8   | 43,1   | 43,9   | 44,4   |
| <b>Décès</b>                                    | %   | 16,8   | 17,2   | 16,8   | 18,1   | 17,7   | 18,5   | 18,1   | 18,5   | 18,4   |
| <b>Antibiotiques à l'admission</b>              | %   | 48,8   | 51,5   | 51,2   | 55,2   | 53,4   | 55,4   | 56,2   | 57,5   | 58,3   |
| <b>Provenance du patient</b>                    | domicile                                    | %      | 57,7   | 53,9   | 54,9   | 55,4   | 51,7   | 52,9   | 53,1   | 54,4   |
|   | EHPAD                                       | %      |        |        |        |        |        |        | 1,1    | 1,1    |
|   | SLD   | %      |        |        |        |        |        |        | 5,7    | 2,6    |
|   | SSR   | %      | 5,4    | 4,1    | 4,6    | 5      | 4,4    | 3,8    | 3,8    | 2,0    |
|   | court séjour                                | %      | 33,6   | 39,2   | 37,5   | 36,4   | 40,9   | 39,7   | 39,5   | 32,7   |
|   | réanimation                                 | %      | 3,3    | 2,8    | 3      | 3,2    | 3,1    | 3,6    | 3,6    | 4,1    |
| <b>Catégorie diagnostique</b>                   | médecine                                    | %      | 66,5   | 68,5   | 67,9   | 67,6   | 66,7   | 66,5   | 68,4   | 68,7   |
|   | chir. urgente                               | %      | 17,1   | 16,7   | 17,6   | 18,6   | 18,2   | 18,8   | 17,8   | 18,6   |
|   | chir. réglée                                | %      | 16,4   | 14,9   | 14,5   | 13,8   | 15     | 14,7   | 13,8   | 12,8   |
| <b>Trauma</b>                                   |   | %      | 10,4   | 9,3    | 10,2   | 10,2   | 9,5    | 9,3    | 8,6    | 9,3    |
| <b>Immunodépression</b>                         |   | %      | 13,4   | 12,2   | 11,7   | 12,8   | 14,5   | 14,2   | 14,5   | 14,0   |
| <b>Exposition aux dispositifs invasifs</b>      |   |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| <b>Patients exposés</b>                         | intubation                                  | %      | 59,2   | 61,3   | 61,3   | 63,9   | 64,5   | 65,4   | 64,5   | 66,2   |
|   | CVC   | %      | 55,9   | 58,5   | 59     | 59,7   | 61,2   | 64,8   | 63,3   | 65,3   |
|   | sonde urinaire                              | %      | 81,3   | 80,5   | 80,9   | 83,8   | 84,6   | 86,5   | 87,0   | 87,2   |
| <b>Ratio d'exposition</b>                       | intubation                                  | %      | 56,1   | 58,9   | 58,7   | 61     | 60     | 60,9   | 60,8   | 59,1   |
|   | CVC   | %      | 60,3   | 62,8   | 63,8   | 63,2   | 63,6   | 65,9   | 66,0   | 64,8   |
|   | sonde urinaire                              | %      | 78,1   | 78     | 79,6   | 81,6   | 81,9   | 83,2   | 84,2   | 81,0   |
| <b>Durée d'expo. (en j)</b>                     | intubation                                  | moy.   | 10,7   | 10,9   | 10,6   | 10,7   | 10,5   | 11     | 10,9   | 10,7   |
|   | CVC   | moy.   | 12,1   | 12,2   | 12     | 11,9   | 11,7   | 12     | 12,2   | 11,9   |
|   | sonde urinaire                              | moy.   | 10,7   | 10,9   | 10,9   | 11     | 10,8   | 11,4   | 11,3   | 11,1   |
| <b>Indicateurs niveau patient</b>               |   |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
| <b>Incidence cumulée / 100 patients</b>         |   |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
|   | Patients infectés (PNE, BAC, URI, ILC, BLC) |        | 13,48  | 14,62  | 14,09  | 14,38  | 13,59  | 14,38  | 13,23  | 13,13  |
|   | Patients infectés à SARM                    |        | -      | -      | -      | 0,90   | 0,95   | 0,97   | 0,83   | 0,62   |
|   | Patients infectés à EBLSE                   |        | -      | -      | -      | 0,86   | 0,80   | 1,01   | 1,08   | 1,27   |
|   | Patients infectés à PARC                    |        | -      | -      | -      | 0,78   | 0,67   | 0,55   | 0,50   | 0,86   |
| <b>Incidence cumulée / 100 patients exposés</b> |   |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
|   | Pneumopathie liée à l'intubation            |        | 13,46  | 13,82  | 12,80  | 13,04  | 12,19  | 13,27  | 12,43  | 12,76  |
|   | Bactériémie liée au séjour                  |        | 3,49   | 3,54   | 3,41   | 3,81   | 3,73   | 3,98   | 3,68   | 3,93   |
|   | Infection urinaire liée au sondage          |        | 7,96   | 7,58   | 7,72   | 6,47   | 5,37   | 5,33   | 4,19   | 3,92   |
|   | Culture CVC + (COL, ILC, BLC)               |        | 6,62   | 6,29   | 5,53   | 6,91   | 6,33   | 6,72   | 6,40   | 6,41   |
|   | ILC   |        | 1,56   | 1,66   | 1,17   | 1,60   | 1,26   | 1,30   | 1,09   | 0,96   |
|   | BLC   |        | 0,84   | 0,86   | 0,97   | 1,14   | 1,04   | 1,07   | 0,56   | 0,77   |
| <b>Incidence / 1000 j d'exposition</b>          |   |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
|   | Pneumopathie liée à l'intubation            |        | 16,26  | 16,71  | 15,36  | 15,48  | 14,5   | 15,21  | 14,14  | 14,92  |
|   | Bactériémie liée au séjour                  |        | 3,31   | 3,35   | 3,26   | 3,63   | 3,52   | 3,57   | 3,37   | 3,63   |
|   | Infection urinaire liée au sondage          |        | 8,32   | 7,72   | 7,84   | 6,47   | 5,31   | 5,05   | 3,94   | 3,73   |
| <b>Indicateurs niveau CVC</b>                   |   |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
|   | Mise en culture des CVC                     | %      | -      | -      | 54,6   | 55,2   | 57,3   | 52,2   | 52,5   | 53,1   |
|   | Culture CVC + / 100 CVC cultivés            |        | -      | -      | 12,04  | 10,75  | 10,66  | 11,42  | 11,18  | 11,21  |
|   | ILC / 1000 j CVC                            |        | -      | -      | 1,38   | 1,11   | 1,11   | 0,94   | 0,84   | 0,79   |
|   | BLC / 1000 j CVC                            |        | -      | -      | 0,99   | 0,84   | 0,90   | 0,48   | 0,66   | 0,68   |

**Cible : bactériémie sur CVC hors réanimation : diminution de 20 % de la prévalence**

Les infections liés aux cathéters veineux centraux observées en dehors des services de réanimation sont en augmentation, et elles représentent maintenant une part majoritaire parmi les infections sur cathéter. Ce nouvel indicateur vise à sensibiliser les soignants à ce problème et à réduire les taux d'infections.

**Tableau 38 - Part relative et prévalence des sites infectieux. ENP, France, juin 2012**

| Site infectieux                         | N      | Part relative (%) | Prévalence (%) |
|---|--------|-------------------|----------------|
| Infection urinaire                      | 4 784  | 29,9              | 1,6            |
| Pneumonie                               | 2 675  | 16,7              | 0,9            |
| Infection du site opératoire            | 2 169  | 13,5              | 0,7            |
| - dont ISO superficielle                | 507    | 3,2               | 0,2            |
| - dont ISO profonde                     | 773    | 4,8               | 0,2            |
| - dont ISO de l'organe                  | 889    | 5,5               | 0,3            |
| Bactériémie / septicémie                | 1 620  | 10,1              | 0,5            |
| - non liée à un cathéter                | 951    | 5,9               | 0,3            |
| - liée à un cathéter central            | 534    | 3,3               | 0,2            |
| - liée à un cathéter périphérique       | 135    | 0,8               | <0,1           |
| Infection peau / tissus mous            | 1 072  | 6,7               | 0,4            |
| Infection respiratoire autre            | 981    | 6,1               | 0,3            |
| Infection du tractus gastro-intestinal  | 774    | 4,8               | 0,3            |
| Infection ORL / stomatologique          | 444    | 2,8               | 0,1            |
| Infection des os et articulation        | 395    | 2,5               | 0,1            |
| Sepsis clinique                         | 311    | 1,9               | 0,1            |
| Infection sur cathéter sans bactériémie | 199    | 1,2               | 0,1            |
| - de cathéter central                   | 119    | 0,7               | <0,1           |
| - de cathéter périphérique              | 80     | 0,5               | <0,1           |
| Infection génitale                      | 196    | 1,2               | 0,1            |
| Infection du système cardio-vasculaire  | 156    | 1,0               | 0,1            |
| Infection systémique                    | 112    | 0,7               | <0,1           |
| Infection ophtalmologique               | 87     | 0,5               | <0,1           |
| Infection du système nerveux central    | 49     | 0,3               | <0,1           |
| Total                                   | 16 024 | 100,0             | 5,3            |

**Tableau 40 - Part relative des principaux sites infectieux par type de séjour. ENP, France, juin 2012**

| Site infectieux    | Bactériémie | Bact. liée KTC | Bact. liée KTP |
|--------------------|-------------|----------------|----------------|
|                    | %           | %              | %              |
| Court séjour       | 14,6        | 5,1            | 1,3            |
| - dont Médecine    | 17,4        | 6,7            | 1,7            |
| - dont Chirurgie   | 9,0         | 2,4            | 0,6            |
| - dont Obstétrique | 6,0         | 0,0            | 0,7            |
| - dont Réanimation | 16,4        | 5,3            | 1,1            |
| SSR                | 3,6         | 0,6            | 0,2            |
| SLD                | 1,5         | 0,2            | 0,0            |
| Psychiatrie        | 0,9         | 0,0            | 0,2            |
| Ensemble           | 10,1        | 3,3            | 0,8            |

KTC: Cathéter central ; KTP: cathéter périphérique



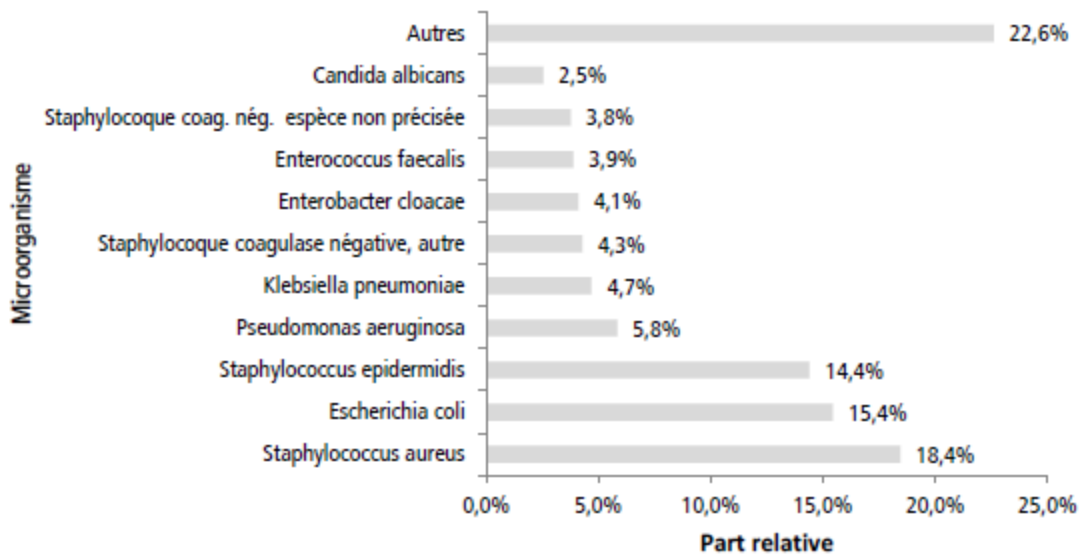
**Cible : diminution de 20 % de la prévalence des bactériémies à S. aureus sur DIV en réanimation et hors réanimation**

Tableau 53 - Origine des Bactériémies. ENP, France, juin 2012.

| Origine   | N     | % de toutes les bact. | % des bact. non liées à cathéter |
|---|-------|-----------------------|----------------------------------|
| Bactériémies liées à un cathéter                                | 669   | 41,3                  |                                  |
| - dont bactériémies liées à un cathéter veineux central         | 534   | 33,0                  |                                  |
| - dont bactériémies liées à un cathéter veineux périphérique    | 135   | 8,3                   |                                  |
| Bactériémies non liées à un cathéter                            | 613   | 37,8                  | 64,5                             |
| - dont secondaire à une infection urinaire                      | 231   | 14,3                  | 24,3                             |
| - dont secondaire à une infection digestive                     | 116   | 7,2                   | 12,2                             |
| - dont secondaire à une infection pulmonaire                    | 60    | 3,7                   | 6,3                              |
| - dont secondaire à une ISO                                     | 55    | 3,4                   | 5,8                              |
| - dont secondaire à une infection cutanée                       | 52    | 3,2                   | 5,5                              |
| - dont secondaire à une autre infection                         | 79    | 4,9                   | 8,3                              |
| - dont non secondaire à une infection et non liée à un cathéter | 20    | 1,2                   | 2,1                              |
| Bactériémie d'origine inconnue                                  | 338   | 20,9                  | 35,5                             |
| Total   | 1 620 | 100,0                 | (-)                              |

Bact. : bactériémies

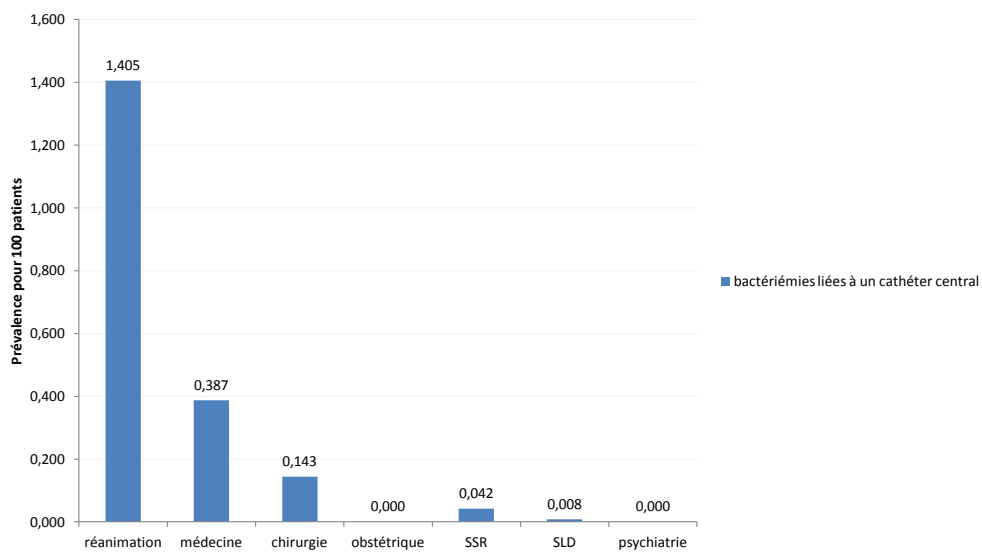
Figure 12 - Distribution des micro-organismes isolés (N=1 729) des bactériémies nosocomiales. ENP, France, juin 2012



Les données de l'enquête nationale de prévalence menée en 2012 dans les établissements de santé permettent d'estimer la prévalence des bactériémies liées à un cathéter central pour 100 patients en service de médecine à 0,39. Cette enquête de prévalence devrait être reconduite avec une périodicité de 5 ans, ce qui permettra de suivre cette évolution à échéance de 2017.



## ENP 2012 : Prévalence des bactériémies liées à un cathéter central pour 100 patients par service





[www.sante.gouv.fr/propias](http://www.sante.gouv.fr/propias)

## SANTÉ

### ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

#### Gestion

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

*Direction générale de l'offre de soins*

Sous-direction stratégie et ressources

Bureau du système d'information décisionnel

Sous-direction de la régulation  
de l'offre de soins

Bureau des plateaux techniques  
et des prises en charge hospitalières aiguës

*Direction de la recherche, des études,  
de l'évaluation et des statistiques*

Département méthodes  
et systèmes d'information

#### **Instruction DGOS/SR6/R3/DREES/DMSI n° 2015-188 du 5 juin 2015 relative à l'enregistrement des installations autonomes de chirurgie esthétique dans le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS)**

NOR : AFSH1513497J

Validée par le CNP le 29 mai 2015. – Visa CNP 2015-93.

*Catégorie*: mesures d'organisation des services retenues par la ministre pour la mise en œuvre des dispositions dont il s'agit.

*Résumé*: règles d'enregistrement des installations autonomes de chirurgie esthétique dans le répertoire FINESS et modalités de reclassement des enregistrements existants.

*Mots clés*: chirurgie esthétique – autorisation – FINESS – réactualisation – mise à jour – reclassement.

*Références*:

Code de la santé publique, articles L. 6322-1, R. 6322-1, R. 6322- 2, R. 6322-11 et D. 6322-33;

Instruction DGOS/SR6/R3/R4/DREES/DMSI n° 2014-364 du 24 décembre 2014 relative à la modification de la nomenclature des activités portant sur les activités soumises à autorisation, autres que les activités de soins, et les activités soumises à reconnaissance contractuelle;

Instruction DGOS/PF2/DGS/PP/DSS/SD1-1A/45 du 25 janvier 2012 relative à l'organisation régionale des prises en charge, aux conditions de couverture par l'assurance maladie et aux modalités de codage PMSI concernant les femmes porteuses de prothèses mammaires de la société Poly Implant Prothèse (PIP).

*Textes abrogés*: néant.

*Textes modifiés*: néant.

*Annexe*: annexe 1. – Fiche technique.

*La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé; à Monsieur le directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) (pour information).*

## I. – LA DÉFINITION DES INSTALLATIONS AUTONOMES DE CHIRURGIE ESTHÉTIQUE, CONTEXTE ET OBJECTIF

On désigne par le terme «installations autonomes de chirurgie esthétique» (IACE) les lieux où sont implantées exclusivement des autorisations de chirurgie esthétique, au sens de l'article L.6322-1 du code de la santé publique (CSP).

Ces structures ne sont donc pas des établissements de santé tels que définis au livre I<sup>er</sup> du CSP. Leur activité n'entre pas dans le champ des prestations couvertes par l'assurance maladie au sens de l'article L.321-1 du code de la sécurité sociale.

Elles sont assujetties à une procédure d'autorisation, à des conditions techniques de fonctionnement ainsi qu'à la procédure de certification par la Haute Autorité de santé (HAS).

Actuellement ces installations autonomes ne font pas l'objet d'une catégorie spécifique dans le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS), ce qui rend difficile leur recensement et le suivi de leurs autorisations et de leur certification.

Dans un premier temps, une liste de 27 IACE a été enregistrée dans FINESS en 2012, à la suite de l'instruction DGOS/PF2/ DGS/PP/DSS/SD1-1A/45 du 25 janvier 2012 relative à l'organisation régionale des prises en charge, aux conditions de couverture par l'assurance maladie et aux modalités de codage du Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) concernant les femmes porteuses de prothèses mammaires de la société Poly Implant Prothèse (PIP).

Il importe dorénavant que la fiabilité des informations recueillies dans FINESS soit garantie. Or, lors de l'enregistrement dans FINESS des 27 IACE déjà citées, le rapprochement des diverses informations déjà présentes dans FINESS avec celles issues des bases de données de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), de la certification de la HAS (la « Base établissements référentielle » [BERF]) et celles disponibles dans les agences régionales de santé (ARS), a fait apparaître des incohérences, mettant en évidence des enregistrements inopportuns, erronés ou obsolètes dans l'une ou l'autre de ces bases. Des corrections ont été entreprises au niveau national qui n'ont pu être que partielles. De plus, comme aucune catégorie spécifique n'avait été définie pour ces établissements, ils sont restés enregistrés en catégorie 698 « Autre établissement loi hospitalière » sans autre précision.

L'instruction DGOS/SR6/R3/R4/DREES/DMSI n° 2014-364 du 24 décembre 2014 relative à la modification de la nomenclature des activités portant sur les activités soumises à autorisation, autres que les activités de soins, et les activités soumises à reconnaissance contractuelle, a organisé le recensement *via* l'application d'enregistrement par les ARS des autorisations de l'offre de soins (ARHGOS) de l'ensemble des autorisations de chirurgie esthétique, que ce soit en établissement de santé ou en installation autonome.

Dans ce contexte il est apparu opportun de publier la présente instruction qui a pour objet, d'une part, de formaliser les règles d'enregistrement des IACE dans FINESS et, d'autre part, d'améliorer les informations existantes dans le répertoire ou d'ajouter les informations manquantes, afin de fiabiliser leur identification. En outre, elle permet de fixer la nomenclature y afférente.

## II. – LES RÈGLES D'ENREGISTREMENT DES INSTALLATIONS AUTONOMES DE CHIRURGIE ESTHÉTIQUE DANS LE RÉPERTOIRE FINESS

Les règles d'enregistrement sont désormais formalisées dans la fiche technique figurant en annexe 1 à la présente instruction.

Il est rappelé que les entités juridiques des titulaires d'autorisation (EJ) et leurs établissements physiques (ET) sont enregistrés dans FINESS, et que leurs autorisations sont enregistrées dans ARHGOS.

Concernant FINESS, il a été décidé de créer une catégorie d'établissement portant le n° 630 intitulée « Installation autonome de chirurgie esthétique (I.A.C.E.) ». Elle s'intègre dans un nouvel agrégat portant le n° 3405 intitulé « Installations autonomes de chirurgie esthétique » (*cf.* annexe 1).

## III. – LES MODALITÉS D'ACTUALISATION DU RÉPERTOIRE FINESS

Chaque ARS est destinataire, par message électronique, de la liste des « IACE » implantées dans sa région, c'est-à-dire soit recensées par la CNAMTS en 2012, soit certifiées par la HAS, soit enregistrées dans FINESS à la date de publication de la présente instruction. Cette liste est adressée par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) aux directions de l'offre de soins et de l'autonomie

(DOSA) des ARS, et par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) aux gestionnaires FINESS. Elle est mise à disposition sur l'intranet dédié au répertoire FINESS.

Le document administratif faisant référence pour l'enregistrement est l'arrêté d'autorisation pris par le directeur général de l'ARS. Il est donc essentiel que ce document parvienne au gestionnaire FINESS.

Il appartient aux gestionnaires FINESS en ARS de procéder, en lien étroit avec les gestionnaires des autorisations de chirurgie esthétique en ARS, aux éventuelles opérations de mises à jour, de fermetures ou de reclassements dans la nouvelle catégorie « IACE » lorsqu'il y a lieu, à partir de cette liste et du recensement des autorisations de chirurgie esthétique effectué pour leur enregistrement dans ARHGOS.

Les agences disposent d'un délai de trois mois à compter de la date de publication de la présente instruction pour mettre en œuvre les travaux d'actualisation du répertoire. Pendant cette période transitoire, un point d'avancement intermédiaire sera effectué, et un retour en sera fait aux ARS afin de leur permettre si nécessaire de finaliser les mises à jour dans FINESS et dans ARHGOS. Une requête Business Objects (BO) permettant d'avoir la connaissance des IACE de votre région existant dans FINESS est à votre disposition sur le site intranet du répertoire FINESS.

Nous vous remercions de l'attention particulière que vous porterez à la mise en œuvre de cette instruction. Il vous appartient, en particulier, d'en assurer la diffusion auprès des structures concernées de votre région.

Pour tout renseignement complémentaire vous pouvez vous adresser au bureau « système d'information décisionnel » (SR6) et « plateaux techniques et des prises en charge hospitalières aiguës » (R3) de la DGOS, ou à l'unité FINESS de la DREES: [DREES-DMSI-FINESS@sante.gouv.fr](mailto:DREES-DMSI-FINESS@sante.gouv.fr)

Pour la ministre et par délégation :

*Le directeur général  
de l'offre de soins,  
J. DEBEAUPUIS*

*Le directeur de la recherche,  
des études, de l'évaluation  
et des statistiques,  
F. VON LENNEP*

*Le secrétaire général  
des ministères chargés  
des affaires sociales,  
P. RICORDEAU*

## ANNEXE 1

### FICHE TECHNIQUE

#### 1. Enregistrement dans FINESS

Les gestionnaires FINESS, avec l'appui des directions de l'offre de soins en ARS, enregistrent chaque établissement dans FINESS, conformément aux règles édictées ci-après.

L'arrêté d'autorisation est le document de référence pour les informations à enregistrer.

Avant toute création d'un nouvel établissement, le gestionnaire FINESS vérifie l'existence ou non de la structure dans FINESS.

Lorsqu'un établissement correspondant à la définition d'une installation de chirurgie esthétique était enregistré dans FINESS antérieurement à la publication de la présente instruction, il conserve son numéro FINESS et sa catégorie est modifiée pour devenir la catégorie 630, I.A.C.E.

#### 2. Caractérisation des installations autonomes de chirurgie esthétiques dans FINESS

Les Installations autonomes de chirurgie esthétique (IACE) sont enregistrées dans FINESS par l'intermédiaire :

- de l'entité juridique (EJ) ;
- de l'établissement (ET).

##### 2.1. Caractérisation des IACE en tant que personne morale ou physique

La personne morale ou physique d'une IACE est immatriculée dans FINESS par l'intermédiaire de la notion d'entité juridique (EJ) composée d'un numéro FINESS associé à une raison sociale (soit société, soit personne physique, par exemple un médecin), une adresse, une catégorie et un statut juridique.

##### 2.2. Caractérisation fonctionnelle des établissements

L'établissement est immatriculé dans FINESS par la notion d'établissement (ET) composée d'un numéro FINESS associé à une raison sociale, une adresse, une catégorie d'établissement et rattaché obligatoirement à une entité juridique (EJ).

#### 3. Règles de gestion des entités juridiques (EJ)

##### 3.1. Raison sociale et adresse

La raison sociale et l'adresse retenues sont celles de la personne physique ou morale détentrice de l'autorisation, portée sur la décision d'autorisation. Cette adresse sera renseignée en respectant les règles de saisie dans FINESS.

##### 3.2. Statut de l'entité juridique

Le statut juridique retenu est celui de la personne physique ou morale détentrice de l'autorisation, porté sur la décision d'autorisation, et saisi conformément à la nomenclature FINESS.

##### 3.3. Catégorie de l'entité juridique

La catégorie de l'entité juridique est :

N°: 699 ;

Libellé: « Entité soumise à autorisation ».

##### 3.4. Numéro SIREN

Le numéro SIREN de la personne physique ou morale détentrice de l'autorisation, porté sur la décision d'autorisation, est renseigné.

#### 4. Règles de gestion des établissements (ET)

Il est précisé que la notion d'« établissement » utilisée dans le cadre du répertoire FINESS ne correspond pas à celle d'« établissement de santé ». Elle recouvre toute structure sanitaire, sociale ou médico-sociale faisant l'objet d'un enregistrement dans FINESS.

#### 4.1. Numéro FINESS

Les établissements déjà enregistrés dans FINESS et dont la catégorie est à modifier en IACE conservent leurs numéros.

#### 4.2. Raison sociale et adresse

La raison sociale et l'adresse sont celles du lieu d'implantation de l'autorisation, portées sur la décision d'autorisation de chirurgie esthétique.

Cette adresse sera renseignée en respectant les règles de saisie dans FINESS.

#### 4.3. Agrégat de niveau 3 de catégories d'établissement

Un nouvel agrégat est créé dans FINESS :

N° : 3405 ;

Libellé court : I.A.C.E. ;

Libellé long : installations autonomes de chirurgie esthétique.

Cet agrégat de niveau 3 est rattaché à l'agrégat n° 3400 de niveau 2 « Autre établissement à caractère sanitaire ».

#### 4.4. Catégorie d'établissement

Il convient de se reporter à la définition des IACE (cf. I) de la présente instruction.

Il est créé une nouvelle catégorie d'établissement :

N° : 630 ;

Libellé court : I.A.C.E. ;

Libellé long : installation autonome de chirurgie esthétique ;

Définition : lieu d'implantation d'une activité de chirurgie esthétique selon l'article L. 6322-1 du code de la santé publique, à l'exclusion de toute activité de soins.

Cette catégorie est rattachée à l'agrégat n° 3405 (Installations autonomes de chirurgie esthétique).

#### 4.5. Date d'autorisation, date d'ouverture, date de fermeture

Pour les IACE existant dans FINESS à la date de cette instruction la date d'autorisation déjà renseignée n'est pas modifiée.

La date d'ouverture correspond à la date retenue initialement dans le répertoire FINESS.

Pour les nouvelles IACE :

- la date d'autorisation correspond à la date de notification de l'autorisation de chirurgie esthétique ;
- la date d'ouverture correspond à la date de première mise en œuvre de l'autorisation de chirurgie esthétique.

En cas de fermeture d'une IACE, la date de fermeture est renseignée à partir des informations de caducité, retrait ou non renouvellement de l'autorisation.

#### 4.6. Mode de fixation des tarifs (MFT)

Le code MFT pour la catégorie n° 630 est le suivant :

N° : 01 ;

Libellé court : tarif libre ;

Libellé long : établissement tarif libre ;

Autorité : sans.

#### 4.7. Code participation au service public hospitalier

Le champ « Service public hospitalier » (SPH) ne peut pas être renseigné.

#### 4.8. Code APE

Les activités principales des établissements (codes APE) cibles des IACE au sens du répertoire SIRENE sont les suivants :

Code 8622B : activités chirurgicales ;

Code 8622C : autres activités des médecins spécialistes.

Dans tous les cas, le code APE de l'IACE est celui déclaré à l'INSEE.



#### 4.9. *Numéro SIRET*

Le numéro SIRET sera renseigné.

#### 4.10. *DE sanitaires autorisées*

Aucun enregistrement n'est effectué au niveau des disciplines d'équipement sanitaire autorisées.

#### 4.11. *DE sanitaires installées*

Aucun enregistrement n'est effectué au niveau des disciplines d'équipement sanitaire installées.

### 5. **Autres informations**

Les zones d'adresse comme le numéro, le type ou la voie sont renseignées et les informations retenues sont celles indiquées sur l'arrêté d'autorisation.

Dans la mesure du possible, il convient de compléter les zones « N° SIREN », « N° SIRET », « Téléphone » et « Email ». Concernant l'email, une adresse email générique de contact est sollicitée auprès des établissements.

# SANTÉ

## ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

### Gestion

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

*Direction générale de l'offre de soins*

Sous-direction du pilotage  
de la performance des acteurs  
de l'offre de soins

Bureau systèmes d'information  
des acteurs de l'offre de soins

### **Instruction DGOS/PF5 n° 2015-189 du 5 juin 2015 relative à la définition et au suivi des ressources et des charges des systèmes d'information hospitaliers (données de l'année 2014)**

NOR : AFSH1513501J

*Date d'application* : immédiate.

Validée par le CNP le 29 mai 2015. – Visa CNP 2015-100.

*Catégorie* : directives adressées par la ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

*Résumé* : définition et suivi des ressources et des charges des systèmes d'information hospitaliers (SIH) en termes de périmètre, de liste des comptes concernés et de règles d'affectation.

*Mots clés* : systèmes d'information – SIH – hôpital – comptes – suivi – charges.

*Références* :

Circulaire DHOS/E3 n° 2009-60 du 23 février 2009 ;

Instruction DGOS/MSIOS n° 2010-184 du 3 juin 2010 ;

Instruction DGOS/MSIOS n° 2011-297 du 22 juillet 2011 ;

Instruction DGOS/MSIOS n° 2012-398 du 27 novembre 2012 ;

Instruction DGOS/MSIOS n° 2013-259 du 7 juin 2013 relative à la définition et au suivi des ressources et des charges des systèmes d'information hospitaliers (données de l'année 2012) ;

Instruction DGOS/MSIOS n° 2014-103 du 31 mars 2014 relative à la définition et au suivi des ressources et des charges des systèmes d'information hospitaliers (données de l'année 2013) ;

Nomenclature budgétaire et comptable.

*Annexes* :

Annexe 1. – Cadre du recueil des informations des ressources et des charges SIH.

Annexe 1a. – Charges et produits SIH.

Annexe 1b. – Emplois et ressources SIH.

Annexe 1c. – Effectifs et rémunération SIH.

Annexe 2. – Guide d'imputation des charges et ressources SIH.

Annexe 3. – Modalités de connexion à Ancre et notice de saisie des données.

*La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de santé ; Mesdames et Messieurs les directeurs des établissements de santé publics et établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) (pour mise en œuvre).*

La présente instruction a pour objectif de présenter le cadre de recueil des données relatives aux charges et ressources des systèmes d'information hospitaliers (SIH) de l'année 2014 et les modalités de mise en œuvre du dispositif.

Le cadre des ressources et des charges SIH correspond à une liste limitative de comptes budgétaires qui peuvent être complétés soit par simple lecture du montant de certains comptes, soit par un retraitement analytique.

Le cadre de recueil distingue clairement, concernant la fonction SIH, les écritures comptables relatives aux opérations d'exploitation et les flux du tableau de financement. Elles sont rapportées aux charges et aux recettes, d'exploitation et d'investissement, de l'établissement, entendu comme entité juridique.

## 1. Objectifs et principes du recueil des charges et ressources SIH

### a) Objectifs

L'importance accrue des systèmes d'information (SI) dans le fonctionnement hospitalier a conduit à demander annuellement aux établissements de santé d'identifier les moyens qu'ils y consacrent, depuis l'année 2009.

L'analyse des résultats des données des années précédentes fournit une première approche des moyens consacrés par les établissements à leur système d'information. Il convient toutefois de poursuivre ce suivi, afin de :

- mesurer dans le temps la mobilisation effective des ressources de notre système hospitalier sur une fonction critique pour sa modernisation ;
- faciliter, à terme, l'analyse de l'impact sur l'exploitation des investissements en SI ;
- fournir des éléments d'évaluation susceptibles d'orienter les politiques publiques en matière de SIH.

La définition du cadre des ressources et des charges SIH permet aux établissements de disposer d'un référentiel homogène pour suivre l'évolution des dépenses, tant en investissement qu'en exploitation, et des recettes liées aux SIH.

Les analyses et les synthèses peuvent faire l'objet de publications (les analyses publiées sont disponibles en téléchargement sur le site internet du ministère : <http://www.sante.gouv.fr/charges-et-ressources-sih.html>). En 2013 ainsi qu'en 2014, l'étude a été publiée dans son intégralité et une synthèse a été publiée dans le cadre de l'Atlas des SIH. Ces données fournissent les éléments tendanciels utiles à la définition des politiques publiques relatives au développement des systèmes d'information de santé.

### b) Principes

Le suivi des charges et des ressources relatives aux systèmes d'information s'effectue dans le cadre de la réglementation comptable et budgétaire (M21 pour les établissements publics de santé et PCG (plan comptable général) pour les établissements de santé privés d'intérêt collectif), le présent cadre de recueil étant à jour des derniers textes relatifs aux évolutions du plan de comptes pour l'année de recueil étudiée.

La qualité et l'exhaustivité des données sont d'autant meilleures que :

- le fichier commun de structure de l'établissement est adapté aux décompositions par comptes et sous comptes ;
- les directions fonctionnelles concernées (DAF et contrôle de gestion, DSIO) travaillent en commun pour définir les règles d'affectation des charges spécifiques à la fonction SI : ces charges pouvant être agrégées à d'autres charges dans certains comptes (il convient alors de les extraire soit en les distinguant dans un sous-compte ordonnateur, soit en recourant à une clé de répartition pertinente) ou au contraire en les associant à d'autres comptes pour produire le résultat attendu.

## 2. Mise en œuvre et suivi

### a) Les données recueillies

Depuis l'année 2012, et afin de correspondre aux rubriques du compte financier, sont distinguées :

- les charges et produits d'exploitation : les charges à inscrire sont celles qui impactent le compte de résultat de l'année, y compris par conséquent les charges rattachées à la clôture de l'exercice ;

- les emplois et les ressources du tableau de financement, hors capacité d'autofinancement :
- l'indication du montant total des investissements vise à identifier la part dédiée aux investissements SIH dans tous les investissements de l'établissement. Il faut par conséquent considérer les comptes de classe 2, soit 20 (203 et 205), 21, 22 et 23 ;
- il convient d'inscrire les investissements réalisés sur l'année, c'est-à-dire hors écritures d'ordre relatives au transfert du compte 23 au compte 21 ;
- si les charges d'investissement concernent des programmes informatiques prévus sur plusieurs années, il convient d'identifier le montant annuel de ces investissements et l'inscrire sur les comptes 203, 205, 21832 ou 22832 en fonction de leur nature.

Le fichier de recueil ne contient pas de modifications par rapport à l'année 2014 (données 2013).

Un guide d'imputation (disponible en annexe 2) apporte des précisions et réponses aux questions fréquentes.

*b) Une saisie sur Ancre avec différentes modalités offertes*

Les établissements publics de santé et les ESPIC (antérieurement sous dotation globale) renseignent les données sur Ancre, qui donne la possibilité à l'utilisateur de télécharger un fichier de type Excel et de le remplir en interne puis de le télécharger, ou de saisir directement les informations dans un formulaire dédié. Le mode d'emploi de la saisie est décrit en annexe 3.

Ancre est accessible à l'adresse suivante : <http://ancre.atih.sante.fr>, à laquelle les établissements accèdent *via* leur identifiant PLAGE.

*c) Calendrier*

Les établissements de santé compléteront le fichier « recueil des informations SIH » relatif aux résultats de l'année 2014 entre le 30 juin 2015 et le 15 septembre 2015.

Chaque établissement est invité, lors du recueil des données, à s'assurer de leur cohérence, notamment en s'appuyant sur les résultats des exercices antérieurs et sur les éléments de comparaison disponibles, ainsi que sur les contrôles de vraisemblance proposés dans le cadre de recueil.

Les agences régionales de santé (ARS) effectueront les opérations de contrôle et de validation des données saisies par les établissements avant le 15 octobre 2015. L'attention de l'ARS porte essentiellement sur la fiabilité et la vraisemblance des données transmises par les établissements. Par ailleurs, cette opération vise à alimenter le dialogue de gestion entre l'ARS et l'établissement

**3. Questions soulevées par les établissements de santé  
et les agences régionales de santé sur le recueil des charges et ressources**

Pour des questions méthodologiques sur le recueil des charges et ressources SIH, les établissements de santé pourront s'adresser au chargé de mission systèmes d'Information (CMSI) de leur ARS, dont les coordonnées sont disponibles sur l'espace Internet du programme Hôpital numérique. Les CMSI adresseront leurs questions relatives au cadre de recueil des charges et ressources à l'adresse suivante : [dgos-pf5@sante.gouv.fr](mailto:dgos-pf5@sante.gouv.fr).

Pour des questions d'ordre technique relatives à la plateforme Ancre, les établissements de santé et ARS contacteront le support technique de l'ATIH *via* l'adresse : [ancre-informatique@atih.sante.fr](mailto:ancre-informatique@atih.sante.fr).

Je vous prie de bien vouloir assurer la diffusion de cette instruction et de ses annexes à vos services ainsi qu'aux établissements de santé.

Je vous invite à me faire part des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans sa mise en œuvre, en prenant contact le cas échéant avec la Mission systèmes d'information des acteurs de l'offre de soins ([dgos-pf5@sante.gouv.fr](mailto:dgos-pf5@sante.gouv.fr)).

Pour la ministre et par délégation :

*Le secrétaire général des ministères  
chargés des affaires sociales,*  
P. RICORDEAU

*Le directeur général de l'offre de soins,*  
J. DEBEAUPUIS

ANNEXE 1

CADRE DU RECUEIL DES INFORMATIONS DES RESSOURCES ET DES CHARGES SIH

ANNEXE 1 a

CHARGES ET PRODUITS SIH

| NATURE DES CHARGES   | NUMÉRO(S) de compte | INTITULÉ COMPTABLE                             | EXEMPLES   | OBSERVATIONS   | DÉCOMPOSITION par nature | SOURCES d'information  | RÉALISÉ 2014 |
|--|---------------------|--|--|--|--------------------------|--|--------------|
| <b>Charges SIH - Montant exploitation (CRPP et CRPA)</b>   |                     |  |  |  |                          |  |              |
| Préalable : Les dépenses à inscrire sont celles qui impactent le compte de résultat de l'année, par conséquent il convient d'inscrire l'ensemble des mandats émis y compris les dépenses engagées non mandatées (doit correspondre au solde débiteur du compte de classe 6 au compte financier). |                     |  |  |  |                          |  |              |
| <b>Consommables (stockés)</b>  |                     |  |  |  |                          |  |              |
|  | 60263               | Fournitures d'atelier                          | Petits matériels et périphériques informatiques : câbles, clés USB, graveurs, claviers, souris... consommables pour impression et autres consommables informatiques; cartouches petits logiciels d'un coût faible (pas d'amortissement) cartes CPS ou équivalent   | Distinguer les fournitures propres au SIH : création éventuelle d'un sous-compte ordonnateur pour identifier les charges informatiques. Les coûts indiqués doivent correspondre aux dépenses imputables aux systèmes d'information, effectuées par la totalité de l'établissement, sur une année complète. |                          | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse                            |              |
|  | 60265               | Fournitures de bureau et informatiques         | Petits matériels et périphériques informatiques : câbles, clés USB, graveurs, claviers, souris... consommables pour impression et autres consommables informatiques; cartouches petits logiciels d'un coût faible (pas d'amortissement) cartes CPS ou équivalent   | Distinguer les fournitures propres au SIH : création éventuelle d'un sous-compte ordonnateur pour identifier les charges informatiques. Les coûts indiqués doivent correspondre aux dépenses imputables aux systèmes d'information, effectuées par la totalité de l'établissement, sur une année complète. |                          | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse                            |              |
| <b>Achats fournitures (non stockés)</b>  |                     |  |  |  |                          |  |              |
|  | 60623               | Fournitures d'atelier                          | Petits matériels et périphériques informatiques : câbles, clés USB, graveurs, claviers, souris... consommables pour impression et autres consommables informatiques; cartouches petits logiciels d'un coût faible (pas d'amortissement) cartes CPS ou équivalent   | L'imputation entre le 6026 et le 6062 dépend de la politique d'achat de l'établissement. (nb: les fournitures non stockées comptabilisées en 606 supposent une consommation immédiate)   |                          | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse                            |              |
|  | 60625               | Fournitures de bureau et informatiques         | Petits matériels et périphériques informatiques : câbles, clés USB, graveurs, claviers, souris... consommables pour impression et autres consommables informatiques ; cartouches petits logiciels d'un coût faible (pas d'amortissement) cartes CPS ou équivalent  | L'imputation entre le 6026 et le 6062 dépend de la politique d'achat de l'établissement. (nb: les fournitures non stockées comptabilisées en 606 supposent une consommation immédiate)   |                          | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse                            |              |
| <b>Crédits-baïls et relevances</b>   |                     |  |  |  |                          |  |              |
|  | 61221               | Crédit bail mobilier - matériel informatique   |  |  |                          | lecture directe  |              |
|  | 61222               | Crédit bail mobilier : logiciels et progiciels | Les logiciels correspondent à une suite de logiciels, standardisés et génériques, prévus pour répondre à des besoins ordinaires et génériques. Exemple : systèmes d'exploitation (Windows, ...), logiciels bureautique, messagerie, système de gestion de base de données, etc.<br><br>Les progiciels correspondent aux applicatifs qui répondent à un besoin métier spécifique, ciblé. Exemple : progiciel de la paie, de la gestion administrative des patients, mais aussi système de gestion de laboratoire, serveur de résultats d'examen, résultats de laboratoire ... | Inscrire uniquement le montant crédit bail mobilier logiciels<br><br>Inscrire uniquement le montant crédit bail mobilier progiciels  |                          | lecture directe puis décomposition par nature<br><br>lecture directe puis décomposition par nature |              |

| NATURE DES CHARGES                               | NUMÉRO(S) de compte | INTITULÉ COMPTABLE  | EXEMPLES  | OBSERVATIONS   | DÉCOMPOSITION par nature  | SOURCES d'information  | RÉALISÉ 2014 |
|--|---------------------|---|---|--|---|--|--------------|
|  | 61231               | Redevances de crédit bail : part fonctionnement - partenariats public privé => contrats de partenariat  | Pour contrat concernant le SI   |  |   | identification de la part SI   |              |
|  | 61222               | Redevances de crédit bail : part fonctionnement - partenariats public privé => baux emphytéutiques  | Pour contrat concernant le SI   |  |   | identification de la part SI   |              |
| Locations informatiques                          | 613151              | Locations à caractère médical : locations mobilières => informatique  | Locations de matériel informatique à caractère médical  | Distinction caractère médical et non médical selon l'instruction M21 |   | lecture directe  |              |
|  | 613251              |   | Locations de salles, de sites pour l'informatique à caractère non médical   | Distinction caractère médical et non médical selon l'instruction M21 |   | lecture directe  |              |
| Entretien, réparations, maintenance informatique |                     |   |   |  | équipements réseaux   | lecture directe puis décomposition par nature  |              |
|  | 615154 et 615254    | 615154 : entretien et réparations des biens à caractère médical - sur biens mobiliers - matériel informatique 615254 : entretien et réparations des biens à caractère médical - sur biens mobiliers - matériel informatique | - PC, postes client léger, terminaux, stations de travail - imprimantes et dispositifs d'impression<br>Logiciels d'infrastructure, systèmes d'exploitation, SCBD, serveurs d'application, EAI, ETL, outils de conception/développement<br>Progiciels métiers (patient et production de soins, plateaux techniques, gestion des ressources (humaines et financières), logistique, SIAD, pilotage...)   |  | serveurs, gros ordinateurs, systèmes de stockage<br>postes de travail<br>logiciels<br>progiciels (progiciels métiers) | lecture directe puis décomposition par nature<br>lecture directe puis décomposition par nature<br>lecture directe puis décomposition par nature<br>lecture directe puis décomposition par nature |              |
|  |                     |   |   |  | équipements réseaux   | lecture directe puis décomposition par nature  |              |
|  | 615161 et 615261    | 615161 : Maintenance informatique à caractère médical 615261 : Maintenance informatique - biens à caractère non médical   | - PC, postes client léger, terminaux, stations de travail - imprimantes et dispositifs d'impression dont consommables informatiques pris en charge dans un contrat de maintenance<br>Logiciels d'infrastructure, systèmes d'exploitation, SCBD, serveurs d'application, EAI, ETL, outils de conception/développement<br>Progiciels métiers (patient et production de soins, plateaux techniques, gestion des ressources (humaines et financières), logistique, SIAD, pilotage...) |  | serveurs, gros ordinateurs, systèmes de stockage<br>postes de travail<br>logiciels<br>progiciels (progiciels métiers) | lecture directe puis décomposition par nature<br>lecture directe puis décomposition par nature<br>lecture directe puis décomposition par nature<br>lecture directe puis décomposition par nature |              |
| Services extérieurs                              |                     |   |   |  |   |  |              |
|  | 6165                | Frais de colloques, séminaires, conférences   | Colloques et conférences dédiés au SI   |  |   | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse  |              |
|  | 623                 | Informations, publications, relations publiques   |   |  |   | identification des marchés informatiques (hors téléphonie) identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse   |              |
|  | 624                 | Transports de biens, d'usagers et transports collectifs de personnel  | Transports sur achats informatiques, transports divers liés au SI   |  |   | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse  |              |

| NATURE DES CHARGES  | NUMÉRO(S) de compte   | INTITULÉ COMPTABLE  | EXEMPLES   | OBSERVATIONS   | DÉCOMPOSITION par nature   | SOURCES d'information  | RÉALISÉ 2014 |
|---|---|---|--|--|--|--|--------------|
| Prestations de service  | 6261  | Frais postaux et frais de télécommunications / liaisons informatiques ou spécialisées | Réseau, frais télécom liés aux SIH   | en l'absence de distinction des charges liées à l'informatique et celles liées à la téléphonie, création d'une clé de répartition  |  | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse  |              |
|   | 6284  | Prestations de services à caractère non médical - informatique                        | Externalisation de tout ou partie du système d'information<br>Prestations informatiques assurées par des GCS, SRH, GP, etc |  | prestations AMOA dont schémas directeur, conseil et audits<br>prestations AMOE, assistance technique<br>infogérance d'exploitation, ASP<br>cotisation et prestations des structures de coopération | lecture directe puis décomposition par nature<br>lecture directe puis décomposition par nature<br>lecture directe puis décomposition par nature<br>lecture directe puis décomposition par nature |              |
| Dépenses de personnel (Sont intégrées les dépenses des personnels de la DSU, et celles détachées à la gestion de projets) SI ou à des tâches relevant purement du SI) | 621   | Personnel extérieur à l'établissement   | intérim  |  |  | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse  |              |
|   | 631   | Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (administration des impôts)   |  |  |  | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse  |              |
|   | 633   | Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (autres organismes)           |  | Participation des employeurs à la formation professionnelle - Les coûts de formation, pris en charge ou non par le plan annuel de formation, ne doivent pas être pris en compte. |  | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse  |              |
|   | 635   | Autres impôts, taxes et versements assimilés (administration des impôts)              |  |  |  | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse  |              |
|   | 641   | Rémunérations du personnel non médical  |  |  |  | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse  |              |
|   | 642   | Rémunérations du personnel médical  |  |  |  | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse  |              |
|   | 645   | Charges de sécurité sociale et de prévoyance  |  |  |  | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse  |              |
|   | 647   | Autres charges sociales   |  |  |  | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse  |              |
|   | 648   | Autres charges de personnel   |  |  |  | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse  |              |
|   | Autres charges de gestion courante  |   |  |  |  |  |              |
| 651   | Relevances pour concessions, brevets, licences, marques, procédés, droits et valeurs similaires |   |  |  |  | Identification des charges à caractère informatique si applicable ou création d'une clé de répartition   |              |

| NATURE DES CHARGES  | NUMÉRO(S) de compte | INTITULÉ COMPTABLE   | EXEMPLES   | OBSERVATIONS  | DÉCOMPOSITION par nature | SOURCES d'information  | RÉALISÉ 2014 |
|---|---------------------|--|--|---|--------------------------|--|--------------|
| Charges financières   | 652                 | Contributions aux GCS et CHT   |  |   |                          | Identification des charges à caractère informatique si applicable ou création d'une clé de répartition |              |
|   | 66                  | Charges financières  | Charges des emprunts et dettes contractés pour des investissements SH  |   |                          | clé de répartition: poids des investissements du SH sur les investissements totaux                     |              |
|   | 671                 | Charges exceptionnelles sur opérations de gestion  |  |   |                          | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse                                |              |
|   | 672                 | Charges sur exercices antérieurs   |  |   |                          | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse                                |              |
| Amortissements  |                     |  |  |   |                          |  |              |
|   | 6811-6871           | Dotations aux amortissements des immobilisations incorporelles et corporelles (et compte 6871 : exceptionnelles) |  |   |                          | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse                                |              |
| Provisions  |                     |  |  |   |                          |  |              |
|   | 68742               | Dotations aux provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations                                    |  | dotations aux provisions constatées au cours de l'exercice et correspondant à tout ou partie aux aides perçues au titre du SH   |                          | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse                                |              |
|   | 68-                 | Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions  | Provisions pour risques, pour charges relatives au SI  | dotations aux provisions constatées au cours de l'exercice et correspondant à tout ou partie aux aides perçues au titre du SH => devrait être normalement comptabilisé au 68742 |                          | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse                                |              |
| total charges exploitation SH   |                     |  |  |   |                          | 0  |              |
| montant total charges exploitation établissement  |                     |  |  |   |                          |  |              |
| part charges exploitation SH/ charges exploitation totales  |                     |  |  |   |                          |  |              |
| <b>Contrôles de vraisemblance</b>   |                     |  |  |   |                          |  |              |
| Le ratio charges d'exploitation SH/charges d'exploitation totales se situe en général entre 1 % et 3 %, voire 5 %.  |                     |  |  |   |                          |  |              |
| Une valeur supérieure à 10 % serait vraisemblablement anormale et demanderait à être vérifiée   |                     |  |  |   |                          |  |              |
| <b>Ressources SH - montant exploitation</b>   |                     |  |  |   |                          |  |              |
| Préalable : Les recettes à inscrire sont celles qui impactent le compte de résultat de l'année, par conséquent il convient d'inscrire l'ensemble des titres émis y compris les produits rattachés à l'exercice => doit correspondre au solde créditeur du compte de classe 7 au compte financier. |                     |  |  |   |                          |  |              |
| produits de service   |                     |  |  |   |                          |  |              |
|   | 706                 | Prestations de services  | -Sous traitance de personnel ou logiciel à d'autres établissements<br>-Mise à disposition dans un cadre juridique légal de logiciels ou personnel, notamment dans le cadre d'une mutualisation de personnel ou de matériel | Dans le respect de la circulaire d'avril 1989   |                          | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse                                |              |
| produits des activités annexes  |                     |  |  |   |                          |  |              |
|   | 708                 | Produits des activités annexes de l'activité hospitalière  | Personnel informatique de l'établissement mis à disposition  |   |                          | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse                                |              |



| NATURE DES CHARGES                           | NUMÉRO(S) de compte | INTITULÉ COMPTABLE  | EXEMPLES   | OBSERVATIONS   | DÉCOMPOSITION par nature | SOURCES d'information   | RÉALISÉ 2014 |
|--|---------------------|---|--|--|--------------------------|---|--------------|
| produits de l'activité hospitalière          |                     |   |  |  |                          |   |              |
|  | 73182               | MIGAC : dotation d'aide à la contractualisation (AC)  |  |  |                          | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse |              |
| subventions d'exploitation et participations |                     |   |  |  |                          |   |              |
|  | 7471                | Fonds d'intervention régional (FIR)   | Dotation en matière de SI, notamment pour : groupements d'achats, d'accompagnement de la modernisation et des restructurations ou d'ingénierie de projet | Dans le cadre de la circulaire du 9 mars 2012 (action 6: « mutualisation au niveau régional des moyens des structures sanitaires, en particulier en matière de SI en santé et d'ingénierie de projets ») |                          | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse |              |
|  | 7475                | Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESP)                    | Plan Hôpital 2007/2012   | Investissement matériel ou logiciel améliorant l'efficacité de l'établissement   |                          | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse |              |
|  | 74-                 | Autres subventions d'exploitation   |  |  |                          | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse |              |
| produits de gestion courante                 |                     |   |  |  |                          |   |              |
|  | 751                 | Redevances pour concessions, brevets, licences, marques, procédés, droits et valeurs similaires | Recettes reçues pour la production de logiciels  |  |                          | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse |              |
| remboursement de frais                       |                     |   |  |  |                          |   |              |
|  | 7548                | Remboursements de frais (autres)  |  |  |                          | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse |              |
| produits exceptionnels                       |                     |   |  |  |                          |   |              |
|  | 771                 | Produits exceptionnels sur opérations de gestion  | Subventions au titre de l'ONDAM, crédits Hôpital 2012, crédits ARS   |  |                          | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse |              |
|  | 775                 | Produits des cessions d'éléments d'actif  | Cession de matériel informatique   |  |                          | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse |              |
|  | 777                 | Quote-part des subventions d'investissement virée au résultat de l'exercice                     |  | réintégration de subvention. Cf. guide   |                          | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse |              |
| Reprises sur provisions                      |                     |   |  |  |                          |   |              |
|  | 78742               | Reprises sur provisions pour renouvellement des immobilisations                                 |  | Reprise constatée au cours de l'exercice et destinée à compenser le surcoût en titre 4 des investissements réalisés au titre du SH   |                          | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse |              |
|  | 78-                 | Autres reprises sur provisions  |  | Reprise constatée au cours de l'exercice et destinée à compenser le surcoût en titre 4 des investissements réalisés au titre du SH -> devrait normalement être comptabilisé en 78742                     |                          | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse |              |
| <b>total recettes SH</b>                     |                     |   |  |  |                          |   | <b>0</b>     |
| montant total recettes établissement         |                     |   |  |  |                          |   |              |
| part recettes SH/recettes totales            |                     |   |  |  |                          |   |              |

ANNEXE 1b

EMPLOIS ET RESSOURCES SIH

| NATURE DES CHARGES   | NUMÉRO(S) de compte | INTITULÉ COMPTABLE  | EXEMPLES   | OBSERVATIONS | DÉCOMPOSITION PAR NATURE                                     | SOURCES d'information   | RÉALISÉ 2014 |
|--|---------------------|---|--|--------------|--|---|--------------|
| <b>Emplois investissements</b>   |                     |   |  |              |  |   |              |
| Préalable : L'indication du montant total des investissements établis visé à identifier la part dédiée aux investissements SIH dans tous les investissements de l'établissement. Pour les investissements, il conviendra d'inscrire les investissements réalisés sur l'année, c'est-à-dire hors écritures d'ordre relatives au transfert du compte 23 au compte 21 |                     |   |  |              |  |   |              |
| immobilisations incorporelles (hors écritures d'ordre relatives au transfert du compte 23 au compte 21)  | 203                 | Immobilisations incorporelles : frais d'études, de recherche et développement   |  |              | prestations AMOA dont schémas directeur, conseil et audits   | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse |              |
|  |                     |   |  |              | prestations AMOE, assistance technique                       | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse |              |
|  | 2051                | Immobilisations incorporelles : Concessions et droits similaires, brevets, licences, marques et procédés, droits et valeurs similaires - concessions et droits similaires | Logiciels d'infrastructure, systèmes d'exploitation, SGBD, serveurs d'application, EAI, ETL, outils de conception/développement                          |              | acquisition logiciels  | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse |              |
|  |                     |   | Progiciels métiers (patient et production de soins, plateaux techniques, gestion des ressources (humaines et financières), logistique, SAD, pilotage...) |              | acquisition progiciels métiers                               | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse |              |
| investissements SIH (hors écritures d'ordre relatives au transfert du compte 23 au compte 21)  |                     |   |  |              |  |   |              |
|  | 213                 | Constructions sur sol propre  |  |              |  | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse |              |
|  |                     |   |  |              |  | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse |              |
|  | 215                 | Installations techniques, matériel et outillage industriel  |  |              |  | lecture directe puis décomposition par nature                           |              |
|  |                     |   |  |              |  | lecture directe puis décomposition par nature                           |              |
|  | 21832               | Autres immobilisations corporelles : matériel informatique  |  |              | acquisition serveurs, gros ordinateurs, systèmes de stockage | lecture directe puis décomposition par nature                           |              |
|  |                     |   |  |              | acquisition postes de travail                                | lecture directe puis décomposition par nature                           |              |
| immobilisations reçues en affectation  |                     |   |  |              |  |   |              |
|  | 22832               | Immobilisations reçues en affectation - autres immobilisations corporelles - Matériel informatique  |  |              |  | lecture directe   |              |

| NATURE DES CHARGES  | NUMÉRO(S) de compte | INTITULÉ COMPTABLE   | EXEMPLES                           | OBSERVATIONS  | DÉCOMPOSITION PAR NATURE                            | SOURCES d'information   | REALISÉ 2014 |
|---|---------------------|--|------------------------------------|---|---|---|--------------|
| immobilisations en cours  |                     |  |                                    |   |   |   |              |
|   | 232                 | Immobilisations incorporelles en cours   |                                    |   |   | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse           |              |
|   | 2351                | Immobilisations en cours : part investissement partenariats public - privé - contrats de partenariat |                                    | Pour contrat concernant le SI                       |   | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse           |              |
|   | 2352                | Immobilisations en cours : part investissement partenariats public - privé - baux emphytéotiques     |                                    | Pour contrat concernant le SI                       |   | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse           |              |
| Immobilisations en cours / Avances et acomptes  |                     |  |                                    |   |   |   |              |
|   | 237                 | Avances et acomptes versés sur commande d'immobilisations incorporelles                              |                                    |   |   | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse           |              |
|   | 238                 | Avances et acomptes versés sur commande d'immobilisations corporelles                                |                                    |   |   | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse           |              |
| Remboursement en capital des emprunts (SIH)   | 16                  | Emprunts et dettes assimilées  |                                    |   |   | Remboursement en capital des emprunts affectés exclusivement à ces opérations SIH |              |
| total emplois investissement SIH  |                     |  |                                    |   |   |   | 0            |
| montant total emplois investissement établissement  |                     |  |                                    |   |   |   |              |
| part Emplois investissement SIH(charges investissement total  |                     |  |                                    |   |   |   |              |
| <b>Comptables de traçabilité</b>  |                     |  |                                    |   |   |   |              |
| Le ratio emplois investissements SIH / emplois investissements totaux se situe en général entre 3 % et 7 %, voire 10 %. Une valeur supérieure à 20 % serait vraisemblablement anormale et demanderait à être vérifiée |                     |  |                                    |   |   |   |              |
| <b>Ressources / investissement</b>  |                     |  |                                    |   |   |   |              |
| Apports, dotations  |                     |  |                                    |   |   |   |              |
|   | 102                 | Apports  |                                    | Subvention non réintégré (cf notions dans le guide) | Subvention non réintégré (cf notions dans le guide) | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse           |              |
| Subventions d'investissements   |                     |  |                                    |   |   |   |              |
|   | 13182               | Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESP)                         |                                    | Subvention réintégré (cf notions dans le guide)     | Subvention réintégré (cf notions dans le guide)     | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse           |              |
|   | 13183               | Fonds d'intervention régionale (FIR)   |                                    | Subvention réintégré (cf notions dans le guide)     | Subvention réintégré (cf notions dans le guide)     | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse           |              |
|   | 13-                 | Autres subventions   | Crédits Hôpital 2007, Hôpital 2012 | Subvention réintégré (cf notions dans le guide)     | Subvention réintégré (cf notions dans le guide)     | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse           |              |

| NATURE DES CHARGES                     | NUMÉRO(S) de compte | INTITULÉ COMPTABLE             | EXEMPLES | OBSERVATIONS                  | DÉCOMPOSITION PAR NATURE | SOURCES d'information   | RÉALISÉ 2014 |
|--|---------------------|--------------------------------|----------|-------------------------------|--------------------------|---|--------------|
| Nouveaux emprunts                      |                     |                                |          |                               |                          |   |              |
|  | 16751               | Dettes contrats de partenariat |          | Pour contrat concernant le SI |                          | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse |              |
|  | 16752               | Dettes baux emphytéotiques     |          | Pour contrat concernant le SI |                          | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse |              |
|  | 16-                 | Autres emprunts                |          |                               |                          | identification de la part SI sur l'UF ou recours à la section d'analyse |              |
| total ressources SHI                   |                     |                                |          |                               |                          |   | 0            |
| montant total ressources établissement |                     |                                |          |                               |                          |   |              |
| part ressources SHI/ressources totales |                     |                                |          |                               |                          |   |              |

## ANNEXE 1 c

## EFFECTIFS ET RÉMUNÉRATIONS SIH

| NATURE   | DÉCOMPOSITION PAR NATURE           | OBSERVATIONS  | SOURCES D'INFORMATIONS                       | RÉALISÉ 2014 |   |   | Calculé pour les EPS, à saisir pour les ESPIC |
|--|------------------------------------|---|--|--------------|---|---|---|
|  |                                    |   |  | A            | B | C |   |
| Effectifs ETP SIH - équipe DSIO                                |                                    |   |  |              |   |   | 0   |
| Personnel médical (PM) affecté à la fonction SIH (en ETP)      |                                    |   |  |              |   |   |   |
| Personnel non médical (PNM) affecté à la fonction SIH (en ETP) |                                    | personnel médical affecté en partie ou totalement à la gestion du SI, de façon ponctuelle ou permanente     | affectation directe et/ou clé de répartition |              |   |   | 0   |
|  | Administratif                      | personnel non médical affecté en partie ou totalement à la gestion du SI, de façon ponctuelle ou permanente | affectation directe et/ou clé de répartition |              |   |   | 0   |
|  | Soignant                           |   | affectation directe et/ou clé de répartition |              |   |   | 0   |
| Effectifs ETP SIH - autres services                            |                                    |   |  |              |   |   | 0   |
| Personnel médical (PM) affecté à la fonction SIH (en ETP)      |                                    |   |  |              |   |   |   |
| Personnel non médical (PNM) affecté à la fonction SIH (en ETP) |                                    | personnel médical affecté en partie ou totalement à la gestion du SI, de façon ponctuelle ou permanente     | affectation directe et/ou clé de répartition |              |   |   | 0   |
|  | Administratif                      | personnel non médical affecté en partie ou totalement à la gestion du SI, de façon ponctuelle ou permanente | affectation directe et/ou clé de répartition |              |   |   | 0   |
|  | Soignant                           |   | affectation directe et/ou clé de répartition |              |   |   | 0   |
| Effectifs ETP total SIH  |                                    |   |  |              |   |   | 0   |
| Effectif total ETP établissement                               |                                    |   |  |              |   |   | 0   |
|  | total ETP PM établissement         |   |  |              |   |   | 0   |
|  | total ETP PNM établissement        |   |  |              |   |   | 0   |
| Part ETP SIH/ETP établissement                                 |                                    |   |  |              |   |   |   |
|  | part ETP PM SIH/ETP établissement  |   |  |              |   |   |   |
|  | part ETP PNM SIH/ETP établissement |   |  |              |   |   |   |

| NATURE   | DÉCOMPOSITION PAR NATURE | OBSERVATIONS  | SOURCES D'INFORMATIONS                       | RÉALISÉ 2014 |   |   |
|--|--------------------------|---|--|--------------|---|---|
|  |                          |   |  | A            | B | C   |
| Effectifs ETP SIH - équipe DSIO  |                          |   |  |              |   | Calculé pour les EPS, à saisir pour les ESPIC |
| <b>Contrôles de vraisemblance</b>  |                          |   |  |              |   |   |
| Le ratio nombre d'ETP de la fonction SIH / nb total d'ETP de l'établissement est en général de l'ordre de 0,5 % à 2 %. |                          |   |  |              |   |   |
| Une valeur supérieure à 5 % serait vraisemblablement anormale et demanderait à être vérifiée                           |                          |   |  |              |   |   |
| Personnel médical (PM) affecté à la fonction SIH (compte 642)  |                          |   |  |              |   |   |
| Personnel non médical (PNM) affecté à la fonction SIH (compte 641)   |                          | personnel médical affecté en partie ou totalement à la gestion du SI, de façon ponctuelle ou permanente     | affectation directe et/ou clé de répartition |              |   | 0   |
| Administratif  |                          | personnel non médical affecté en partie ou totalement à la gestion du SI, de façon ponctuelle ou permanente | affectation directe et/ou clé de répartition |              |   | 0   |
| Soignant   |                          |   | affectation directe et/ou clé de répartition |              |   | 0   |
| Rémunérations SIH - autres services  |                          |   |  |              |   | 0   |
| Personnel médical (PM) affecté à la fonction SIH (compte 642)  |                          |   |  |              |   |   |
| Personnel non médical (PNM) affecté à la fonction SIH (compte 641)   |                          | personnel médical affecté en partie ou totalement à la gestion du SI, de façon ponctuelle ou permanente     | affectation directe et/ou clé de répartition |              |   | 0   |
| Administratif  |                          |   |  |              |   |   |
| Soignant   |                          |   |  |              |   |   |
| Rémunérations totales SIH  |                          |   |  |              |   | 0   |
| Rémunération moyenne d'un ETP SIH  |                          |   |  |              |   | 0   |
| Rémunérations totales établissement  |                          |   |  |              |   | 0   |
| Rémunération totale PM établissement   |                          |   |  |              |   | 0   |
| Rémunération totale PNM établissement  |                          |   |  |              |   | 0   |
| Part Rémunération SIH/Rémunération établissement   |                          |   |  |              |   |   |
| Part rémunérations PM SIH / rémunérations PM établissement   |                          |   |  |              |   |   |
| Part rémunérations PNM SIH / rémunérations PNM établissement   |                          |   |  |              |   |   |

## ANNEXE 2

### GUIDE D'IMPUTATION DES CHARGES ET RESSOURCES SIH

#### 1. Périmètre du SIH

Le suivi des charges et ressources SIH concerne l'ensemble des fonctions du SIH, médical comme médico-technique, administratif et logistique, pour tout l'établissement.

#### 2. Structuration du recueil

La collecte est scindée en deux rubriques distinctes :

– Charges et produits

Cette rubrique correspond à la saisie des charges et produits (comptes 6 et 7) de l'exercice et concerne les opérations relatives au résultat de l'exercice.

– Emplois et ressources

Cette rubrique reprend les investissements (comptes 20/21/22/23) de l'année hors écritures d'ordre relatives au transfert du compte 23 au compte 21, les remboursements d'emprunts, ainsi que les ressources, sous formes de subventions ou d'emprunts (comptes 10/13/16).

#### 3. Imputation des charges et ressources SIH : précisions et questions fréquentes

##### a) Téléphonique et câblage

Les charges ou les recettes relatives à la téléphonie ne sont pas intégrées dans le suivi. Pour certains établissements, il pourra être nécessaire de créer une clé de répartition pour distinguer les charges relevant de la téléphonie de celles relevant de l'informatique, ou de les distinguer préalablement par des sous-comptes ordonnateurs distincts.

Les travaux et investissements nécessaires au câblage sont dans le périmètre, s'ils concernent exclusivement le câblage nécessaire au réseau informatique, ou si le câblage est commun à plusieurs réseaux (informatique et télécom par exemple). Ces charges peuvent être déterminées par le compte 213 par certains établissements, ou sur une autre fonction, par d'autres.

##### b) Dépenses informatique et biomédicales

Tout équipement ou fourniture informatique (matériel ou logiciel) est à inclure dans le périmètre des charges SIH. La composante « informatique » d'un équipement biomédical est également à inclure s'il est possible d'isoler cette charge. Ceci s'applique donc en particulier aux systèmes informatisés de gestion de laboratoires, aux plateaux techniques informatisés d'imagerie (RIS/PACS), aux composants informatiques (ordinateurs, logiciels) destinés au fonctionnement d'un appareil biomédical.

##### c) Personnel et effectifs

Le montant des rémunérations correspond aux dépenses des comptes 641 et 642 de l'établissement entendu comme entité juridique, y compris avec ses CRPA.

Il convient d'extraire de ces comptes les montants relatifs aux PNM et aux PM affectés à la fonction SI :

- le personnel de la direction des systèmes d'information de l'établissement ;
- le personnel administratif, médical ou soignant détaché sur un projet de système d'information (par exemple : les personnes référentes à la DRH sur le logiciel de gestion du temps des agents ou les personnes référentes dans le cadre de la mise en place du dossier patient informatisé (DPI) doivent être comptabilisées dans les charges de personnel SIH, mais avec une clé de répartition selon le temps passé sur le SI, en ETP. Par exemple si 2 personnes référentes dans le cadre de la mise en place du DPI ont été détachées à tiers temps sur la mise en place du DPI sur toute l'année 2014, 0,66 ETP (0,33 ETP \* 2) doivent être inscrits.

En revanche, les personnes travaillant au DIM (DIM et TIM) non détachées sur un projet de système d'information ne sont pas à comptabiliser, tout comme les utilisateurs du SI.

Sur les charges de personnels par comptes (621, [631, 633], ...) il s'agit d'indiquer les montants de ces charges qui correspondent aux personnels impliqués dans la fonction SI (direction informatique, personnels affectés aux projets informatiques).

#### *d) Budgets annexes*

Lorsque l'établissement de santé dispose de budgets annexes (pour un établissement de soins pour personnes âgées par exemple), il faut intégrer les charges ou ressources SIH qui figurent dans le budget du CRPA.

Il convient donc d'ajouter les charges ou ressources issues des budgets annexes en ne prenant en compte que les produits ou charges liées au système d'information, dès lors qu'elles représentent un montant substantiel. Cela concerne aussi bien les charges d'exploitation, les produits d'exploitation ou les dotations aux amortissements.

### **4. Imputation des charges et ressources SIH: cas particuliers**

#### *a) Prestations sous-traitées*

Pour les établissements qui ont entièrement externalisé leur fonction SI, le montant des personnels rémunérés de la fonction SI sera complété à «0», et les charges imputées sur le compte 6284.

#### *b) Consommables informatiques et acquisition de logiciels*

Les coûts demandés du type: « Achats stockés fournitures de bureau et informatique » doivent correspondre aux dépenses effectuées par la totalité de l'établissement (éventuellement budgets annexes s'ils existent), sur une année complète, qui concernent les SI. En général, il s'agit des charges supportées par la direction informatique, mais il est possible que certains établissements imputent des dépenses informatiques sur d'autres unités fonctionnelles. Il faut alors en faire la somme. Idem pour les acquisitions de logiciels, etc.

Lorsque certains consommables informatiques (cartouches imprimantes laser par exemple) sont pris en compte dans un contrat de maintenance (maintenance du parc d'imprimantes et de photocopieuses), ils doivent être comptabilisés au compte 615261.

#### *c) Cartes CPS ou équivalent*

Les cartes CPS s'imputent sur le 60625 (voire 60263 en fonction de l'organisation de l'établissement quant à sa procédure d'achat et de stockage).

#### *d) Mise à disposition de personnel informatique de l'établissement avec la recette correspondante*

La M21 prévoyant l'enregistrement des recettes de mise à disposition du personnel de personnel dans le compte 7084, il convient donc d'inscrire cette recette dans ce compte.

#### *e) Cotisation informatique à un GCS*

Les cotisations informatiques à un GCS comme les prestations informatiques réalisées par les GCS, SRIH ou GIP sont à indiquer dans le compte 6284.

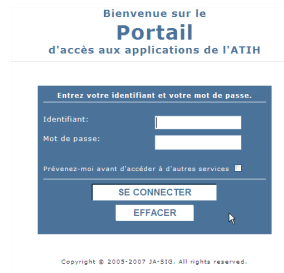


## ANNEXE 3

### MODALITÉS DE CONNEXION À ANCRE ET NOTICE DE SAISIE DES DONNÉES

URL du serveur ANCRE : <http://ancre.atih.sante.fr>

#### 1. Entrez login et mot de passe **PLAGE**



#### 2. Cliquez sur le lien « Charges et ressources SIH »

 Charges et Ressources SIH 2012

Information sur l'avancement des Charges et Ressources SIH

#### Charges et ressources SIH 2012

Etat établissement : En cours de saisie (dernière saisie le 21/11/2012 à 11:12)  
Etat contrôleur : Données non validées

#### 3. Cliquez sur Accès à la feuille de calcul pour la saisie des données

Accès à la feuille de calcul pour la saisie des données

Ceci est une application web. Nous vous conseillons de sauvegarder vos données toutes les 10 minutes environ

**4. Page de saisie des données des Charges et Ressources SIH**

Vous accédez à une feuille ressemblant à un onglet du fichier Excel de la campagne.

Vous pouvez importer un fichier plat créé à partir d'un logiciel tiers de votre établissement ou saisir vos données comme dans Excel (voir plus loin)

**Enregistrer**

**Importer les données depuis un fichier plat**

**Export au format PDF**

**Générer le fichier excel avec vos données saisies**

**Recalculer les cellules contenant des formules après saisie des données**

**Les cellules avec un cadenas ne sont ni saisissable ni modifiables. Elles comportent souvent des formules de calcul.**

**Cliquer sur l'icône « Informations » pour afficher une aide contextuelle**

**Utilisez les ascenseurs pour naviguer dans la page et entre les onglets**

**Pour afficher une feuille de calcul, cliquer sur l'onglet correspondant**

**Icônes retour en arrière, enregistrer, rechercher, recalculer**

**Aperçu avant impression**

**Dernier fichier Excel généré le 20/11/2011**

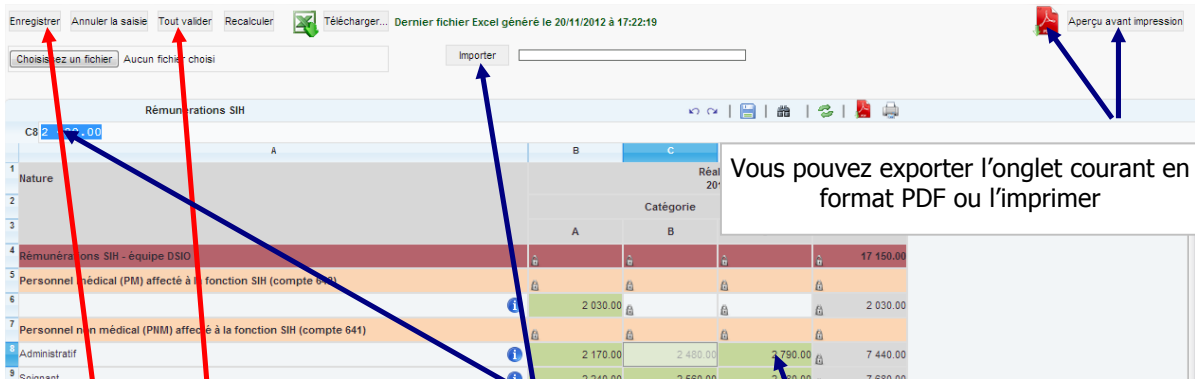
**Effectifs SIH**

| 2011 | Catégorie   | Total                    |
|------|---|--------------------------|
| 4    | Effectifs ETP SIH - équipe DSIO   | 3 230,00                 |
| 5    | Personnel médical (PM) affecté à la fonction SIH (en ETP)   | 350,00                   |
| 6    | Personnel non médical (PNM) affecté à la fonction SIH (en ETP)  |                          |
| 7    | Administratif   | 490,00 560,00            |
| 8    | Soignant  | 560,00 640,00            |
| 9    | Observations  |                          |
| 10   | Sources d'information   |                          |
| 11   | personnel médical affecté en partie ou totalement à la gestion du SI, de façon ponctuelle ou permanente | 770,00                   |
| 12   | Personnel non médical (PNM) affecté à la fonction SIH (en ETP)  |                          |
| 13   | Administratif   | 910,00 1 040,00 1 170,00 |
| 14   | Soignant  | 980,00 1 120,00 1 260,00 |
| 15   | Effectifs ETP total SIH   | 10 580,00                |
| 16   | Effectif total ETP établissement  | 8 400,00                 |
| 17   | total ETP PM établissement  | 1 360,00 1 530,00        |
| 18   | total ETP PNM établissement   | 4 080,00                 |
| 19   | part ETP SIH/ETP établissement  | 4 320,00                 |
| 20   | part ETP PM SIH/ETP établissement   | 125,95%                  |
| 21   | part ETP PNM SIH/ETP établissement  | 27,45%                   |
| 22   | Contrôles de vraisemblance  | 218,98%                  |

**Charges et produits SIH \ Emplois et ressources SIH \ Rémunérations SIH \ Effectifs SIH /**

### 5.1 Saisir ou modifier les données

Vous pouvez saisir les données dans la feuille de calcul. Vous pouvez également faire un copier-coller entre une autre application (fichier excel par exemple) et la feuille de calcul en utilisant les touches CTRL+C pour Copier et CTRL+V pour coller. Une fois vos données saisies, n'oubliez pas d'enregistrer sinon tout ce que vous avez saisi sera perdu. Lorsque vous passez d'un onglet à l'autre, les données sont automatiquement enregistrées.



N'oubliez pas d'enregistrer, sinon tout ce que vous avez saisi ou modifié sera perdu

Une fois votre saisie finalisée, vous devez **valider** afin que l'ARS puisse à son tour valider vos données.

La donnée saisie apparaît dans la cellule et à gauche

Vous pouvez générer le fichier excel avec les données que vous avez saisies. Cliquez sur l'icône correspondant ou sur le bouton Télécharger. Vous pourrez alors récupérer le fichier excel sur votre poste

**ATTENTION ! SEULES LES DONNEES QUI SONT SUR L'INTERFACE WEB SONT VALABLES ET SERONT VALIDEES PAR VOTRE ARS. TOUTE MODIFICATION DANS LE FICHIER EXCEL TELECHARGE DOIT ETRE REPORTEE DANS L'INTERFACE WEB POUR ETRE VALIDE.**

**LORS DE LA VALIDATION, LE FICHIER EXCEL EST GENERE. VERIFIEZ-LE. VOTRE ARS SE BASERA SUR CE FICHIER POUR VALIDER OU NON VOTRE SAISIE DES CHARGES ET RESSOURCES SIH.**

Attention ! Si vous avez validé vos données, vous n'aurez plus la possibilité de les modifier. Si vous avez besoin de modifier vos données, contactez votre contrôleur pour qu'il dévalide vos données.

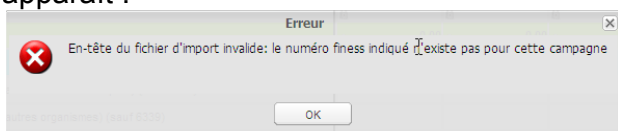
## 5.2 Importation des données à partir d'un fichier plat

Cette méthode est utilisable dans le cas où votre établissement utilise un logiciel de gestion financière permettant de créer les données pour la campagne. Il faut au préalable avoir paramétré votre campagne.

Pour importer des données selon le format fourni dans le document format\_import\_CRSIH2015.pdf disponible dans Ancre, cliquez sur Parcourir (ou choisissez un fichier), Sélectionnez le fichier correspondant puis cliquez sur Importer.

Attention! Les données déjà saisies ou importées seront écrasées.

Si le fichier que vous voulez importer n'est pas conforme, un message d'erreur apparaît :



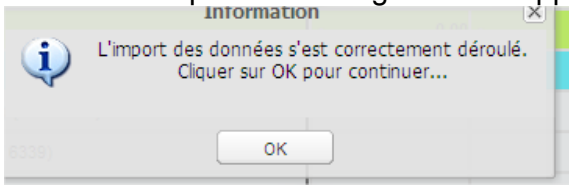
Si le fichier est conforme, les données présentes dans le fichier texte seront importées dans les cellules correspondantes du dossier de l'établissement et enregistrées.

**Attention:**

**Les points suivants sont vérifiés lors de l'import du fichier de données :**

- **Vérification de l'en-tête:**
  - ❖ **Format correct**
  - ❖ **Finess et exercice correspondent au classeur courant**
  - ❖ **L'en-tête du fichier correspond à ce qui a été saisi dans le paramétrage de la campagne**
- **Vérification des lignes du fichier:**
  - ❖ **Le nom de l'onglet existe dans le classeur courant**
  - ❖ **CODE\_LIGNE existe dans le classeur courant**
  - ❖ **CODE\_COLONNE existe dans le classeur courant**

A la fin de l'import le message suivant apparaîtra :



Après avoir cliqué sur OK, attendez que les données se chargent sur la page :

| Charges et produits SIH   |              |
|---|--------------|
| A   | B            |
| N° de compte / Intitulé comptable   | Réalisé 2011 |
| 2   |              |
| 3 Charges SIH - Montant exploitation (CRPP et CRPA)   |              |
| 4 Préalable : Les dépenses à inscrire sont celles qui impactent le compte de résultat de l'année, par conséquent il convient d'inscrire l'ensemble des mandats émis y compris les dépenses engagées non mandatées => doit correspondre au solde débiteur du compte de classe 6 au compte financier. |              |
| 5 Consommables (stockés)  |              |
| 6 60263 - Fournitures d'atelier   | 720.00       |
| 7 60265 - Fournitures de bureau et informatiques  | 800.00       |
| 8 achats fournitures (non stockées)   |              |
| 9 60623 - Fournitures d'atelier   | 960.00       |
| 10 60625 - Fournitures de bureau et informatiques   | 1 040.00     |
| 11 Crédits-baïls et redevances  |              |
| 12 61221 - Crédit bail mobilier - matériel informatique   | 1 200.00     |
| 13 61222 - Crédit bail mobilier : logiciels et progiciels   | 1 280.00     |
| 14 61222 - Crédit bail mobilier : logiciels et progiciels   | 1 360.00     |
| 15 61231 - Redevances de crédit bail : part fonctionnement - partenariats public privé => contrats de partenariat   | 1 440.00     |
| 16 61232 - Redevances de crédit bail : part fonctionnement - partenariats public privé => baux emphytéotiques   | 1 520.00     |
| 17 locations informatiques  |              |
| 18 613151 - Locations à caractère médical : locations mobilières => informatique  | 1 680.00     |
| 19 613251 - Locations à caractère non médical : locations mobilières => informatique  |              |
| 20 entretien, réparations, maintenance informatique   |              |
| 21 615154 et 615254 - entretien et réparations des biens à caractère médical et non médical - sur biens mobiliers - matériel informatique: équipements réseaux  | 1 920.00     |
| 22 615154 et 615254 - entretien et réparations des biens à caractère médical et non médical - sur biens mobiliers - matériel informatique: serveurs, gros ordinateurs, systèmes de stockage   | 2 000.00     |

Charges et produits SIH / Emplois et ressources SIH \ Remunérations SIH \ Effectifs SIH /

Vous pouvez alors vérifier les données importées et modifier certaines données si besoin (voir ci-dessous).

**APRES L'IMPORTATION, GENEREZ LE FICHER EXCEL ET VERIFIEZ-LE. VOTRE ARS SE BASERA SUR CE FICHER POUR VALIDER OU NON VOTRE SAISIE DES CHARGES ET RESSOURCES SIH.**

### 5.3 Problèmes de lenteur

Si vous notez des problèmes de lenteur :

- utilisez des navigateurs Internet plus performants qu'Internet Explorer, à savoir Mozilla Firefox ou Google Chrome

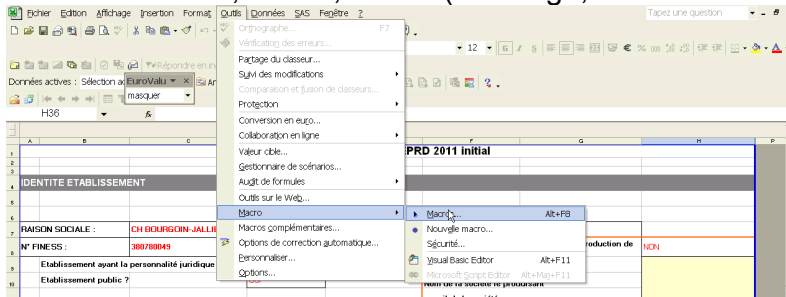
**ATTENTION ! SEULES LES DONNEES QUI SONT SUR L'INTERFACE WEB SONT VALABLES ET SERONT VALIDEES PAR VOTRE ARS. TOUTE MODIFICATION DANS LE FICHIER EXCEL TELECHARGE DOIT ETRE REPORTEE DANS L'INTERFACE WEB POUR ETRE VALIDE**

- téléchargez le fichier excel en cliquant sur l'icône correspondante. Saisissez vos données dans le fichier excel.

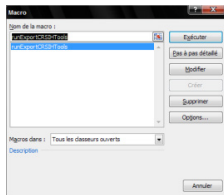
- o Faites un copier (CTRL+C) et coller (CTRL+V) entre votre fichier excel et la page web : avec le bouton gauche de la souris, sélectionnez la plage de données que vous voulez copier à partir de votre fichier excel puis appuyez sur CTRL+C ; Allez ensuite dans l'interface web, positionnez votre souris dans la première cellule (attention cette cellule ne doit pas être une cellule avec un cadenas) et appuyez sur CTRL+V. Vérifiez que les données copiées sont correctes et insérées au bon endroit.

Ou

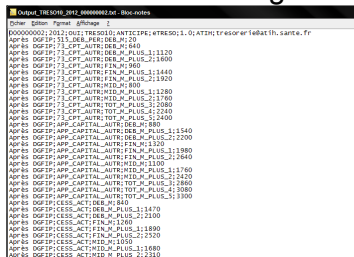
- o Allez dans Outils, Macro, Macro (Affichage, Macros sous Office 2010+)



- o Sélectionnez runExportCsrihTools puis cliquez sur Exécuter



- o Votre blocnote s'ouvre avec les informations contenues dans votre fichier excel. Sauvegarder ce fichier sur votre poste



Importez les données de ce fichier en suivant la procédure décrite ci-dessus en 5.1 Importation des données à partir d'un fichier plat. **APRES L'IMPORTATION, GENEREZ LE FICHIER EXCEL ET VERIFIEZ-LE. VOTRE ARS SE BASERA SUR CE FICHIER POUR VALIDER OU NON VOTRE SAISIE DES CHARGES ET RESSOURCES SIH.**

# SANTÉ

## ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

### Personnel

#### CNG Centre national de gestion

### **Arrêté du 25 juin 2015 relatif à la composition nominative de la commission d'accès au tour extérieur, compétente à l'égard du corps des directeurs d'hôpital de la fonction publique hospitalière**

NOR : AFSN1530475A

La directrice générale du Centre national de gestion,

Vu le code de la santé publique;

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, et notamment son article 9;

Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière;

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 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière;

Vu l'arrêté du 11 mars 2010 fixant la composition de la commission d'accès pour le tour extérieur relatif au corps des personnels de direction de la fonction publique hospitalière régie par le décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié;

Vu l'arrêté en date du 15 mai 2014 modifié fixant la composition nominative de la commission d'accès au tour extérieur, compétente à l'égard du corps des directeurs d'hôpital de la fonction publique hospitalière,

Arrête :

#### Article 1<sup>er</sup>

La composition nominative de la commission d'accès au tour extérieur, compétente à l'égard du corps des directeurs d'hôpital de la fonction publique hospitalière est fixée comme suit :

#### **Représentants de l'administration**

##### *Membres titulaires*

M. Christian CAHUT, représentant de l'inspection générale des affaires sociales (Paris), président.

Mme Sandrine PAUTOT et Mme Martine LABORDE-CHIOCCHIA, représentantes de la direction générale de l'offre de soins (Paris).

M. Alban NIZOU, représentant du Centre national de gestion (Paris).

##### *Membres suppléants*

Un représentant de l'inspection générale des affaires sociales (Paris).

Mme Christine BRONNEC et M. Jean-Marc BRAICHET, représentants de la direction générale de l'offre de soins (Paris).

Mme Annick VAN HERZELE, représentante du Centre national de gestion (Paris).

#### **Représentants des personnels de direction**

##### *Membres titulaires*

Mme Anne MEUNIER et M. Noël VANDERSTOCK, représentants du syndicat des cadres de direction, médecins, dentistes et pharmaciens des établissements sanitaires et sociaux publics et privés CFDT (SYNCASS/CFDT).

M. Damien FLOUREZ, représentant du syndicat des managers publics de santé – Union nationale des syndicats autonomes (SMPS/UNSA).

Mme Sylvie LARIVEN, représentante du syndicat des cadres hospitaliers – Force Ouvrière (CH/FO).

*Membres suppléants*

M. Jean DUFRAISSE et Mme Marie-Pierre MARIANI, représentants du syndicat des cadres de direction, médecins, dentistes et pharmaciens des établissements sanitaires et sociaux publics et privés CFDT (SYNCASS/CFDT).

M. Renaud DOGIMONT, représentant du syndicat des managers publics de santé – Union nationale des syndicats autonomes (SMPS-UNSA).

Mme Michèle DAMON, représentante du syndicat des cadres hospitaliers – Force Ouvrière (CH/FO).

Article 2

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

Fait le 25 juin 2015.

*La directrice générale  
du Centre national de gestion,  
D. TOUPILLIER*



## SANTÉ

### ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

#### Personnel

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

*Direction générale de l'offre de soins*

Sous-direction des ressources humaines  
du système de santé

Bureau de l'organisation des relations  
sociales et des politiques sociales (RH 3)

*Direction générale de la cohésion sociale*

Sous-direction des professions sociales,  
de l'emploi et des territoires

Bureau de l'emploi  
et de la politique salariale (4 B)

#### **Instruction DGOS/RH3/DGCS/4B n° 2015-205 du 15 juin 2015 relative à la mutualisation des heures syndicales dans la fonction publique hospitalière**

NOR : AFSH1514425J

*Date d'application* : immédiate.

Validée par le CNP le 12 juin 2015. – Visa CNP 2015-101.

*Catégorie* : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

*Résumé* : dispositions transitoires relatives à la mutualisation des heures syndicales.

*Mots clés* : mutualisation des heures syndicales – compensation financière.

*Référence* : article 20 du décret n° 2012-736 du 9 mai 2012 relatif au droit syndical dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

*La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes à Mesdames et Messieurs les préfets de département (pour information); Mesdames et Messieurs les directeurs généraux d'agences régionales de santé; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements publics de santé; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements publics sociaux et médico-sociaux (pour information et mise en œuvre).*

Le dispositif de mutualisation des crédits d'heures syndicales a été généralisé aux établissements de moins de 500 agents de l'ensemble des départements par le décret n° 2001-605 du 10 juillet 2001 qui a modifié le décret n° 86-660 du 19 mars 1986 relatif à l'exercice du droit syndical dans la fonction publique hospitalière (FPH).

Instauré en vue d'éviter une perte d'heures syndicales par les organisations syndicales et d'assurer une meilleure représentation syndicale dans les petites structures, ce dispositif consiste à faire remonter au niveau départemental sur une année *n* les crédits d'heures syndicales non utilisés durant l'année *n – 1* compte tenu des nécessités de service ou en raison de l'absence de section déclarée dans les établissements de moins de 500 agents du département pour les syndicats bénéficiaires. Ce crédit d'heures est alors mutualisé au bénéfice des représentants syndicaux de l'ensemble des établissements du département.

L'article 20 du décret n° 2012-736 du 9 mai 2012 avait prévu le report des heures syndicales mutualisées au niveau départemental fin 2011 jusqu'au renouvellement général des organismes consultatifs de la fonction publique hospitalière qui a eu lieu le 4 décembre 2014.

Dans l'attente de la publication d'un décret réformant le dispositif de mutualisation des heures syndicales, l'instruction du 29 janvier 2015 avait prévu la reconduction jusqu'en juin 2015 du volume d'heures syndicales mutualisé au niveau départemental à la fin de l'année 2011 au profit de chaque organisation syndicale bénéficiaire, selon les mêmes mécanismes de fonctionnement et de financement que ceux prévus par l'article 20 du décret de 2012. Les concertations sur le projet de décret étant toujours en cours, la présente instruction proroge jusqu'à la fin de l'année 2015 ce volume d'heures mutualisé au profit des organisations syndicales bénéficiaires.

Mes services restent à votre disposition pour toute information complémentaire éventuelle.

Pour la ministre et par délégation :

*Le directeur général de l'offre de soins,*  
J. DEBEAUPUIS

Pour la directrice générale  
de la cohésion sociale :  
*La cheffe de service,  
adjoindte à la directrice générale  
de la cohésion sociale,*  
V. MAGNANT

*Le secrétaire général des ministères  
chargés des affaires sociales,*  
P. RICORDEAU

# SANTÉ

## ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

### Personnel

#### CNG

Centre national de gestion

Département de gestion des directeurs

Unité de gestion des directeurs d'hôpital  
et des directeurs des soins

**Note d'information CNG/DGD/UDH-DS n° 2015-197 du 12 juin 2015 relative à l'évaluation et à la prime de fonctions et de résultats des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière au titre de l'année 2015**

NOR : AFSN1514242N

*Date d'application* : immédiate.

Validée par le comité national de pilotage le 29 mai 2015 (n° 32).

*Résumé* : évaluation et prime de fonctions et de résultats des personnels de direction de la fonction publique hospitalière des établissements relevant de l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée.

*Mots clés* : entretien d'évaluation – évaluation des personnels de direction – objectifs – régime indemnitaire – support d'évaluation.

*Références* :

- Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;
- Décret n° 2005-920 du 2 août 2005 modifié portant dispositions relatives à la direction de certains établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 modifiée ;
- Décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi du 9 janvier 1986 modifiée ;
- Décret n° 2005-922 du 2 août 2005 modifié relatif aux conditions de nomination et d'avancement des emplois fonctionnels des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée ;
- Décret n° 2005-932 du 2 août 2005 modifié relatif au régime indemnitaire des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée ;
- Décret n° 2005-1095 du 1<sup>er</sup> septembre 2005 modifié relatif à l'évaluation des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 modifiée ;
- Décret 2012-749 du 9 mai 2012 relatif à la prime de fonctions et de résultats des corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière ;
- Arrêté du 9 mai 2012 fixant les montants de référence de la prime de fonctions et de résultats applicables aux corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière ;
- Arrêté du 9 mai 2012 fixant la liste des indemnités relevant des exceptions prévues à l'article 7 du décret n° 2012-749 du 9 mai 2012 relatif à la prime de fonctions et de résultats des corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière ;

Circulaire DGOS/DGCS n° 2012-241 du 19 juin 2012 relative à la mise en œuvre de la prime de fonctions et de résultats pour les personnels des corps de direction de la fonction publique hospitalière.

*Annexes :*

- 197A1 – Annexe I. – Guide de l'évaluation
- 197A2 – Annexe II. – Prime de fonctions et de résultats (PFR)
- 197A3 – Annexe III. – Réponses aux questions les plus fréquemment posées
- 197A4 – Annexe IV. – Support d'évaluation
- 197A5 – Annexe V. – Modèles de notification
- 197A6 – Annexe VI. – Process entretien évaluation

**Plan de la note**

- I. – Autorités compétentes
- II. – Périodicité et mise en œuvre
- III. – Recours
- IV. – Bilan
- V. – Retour des supports d'évaluation

*La directrice générale à Mesdames et Messieurs les préfets de région ; Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour information et mise en œuvre).*

Le principe de l'évaluation des personnels de direction exerçant leurs fonctions dans les établissements relevant de l'article 2 (1° et 7°) de la loi du 9 janvier 1986 modifiée est régi par les textes visés en référence.

La présente note concerne l'ensemble des personnels de direction du corps des directeurs d'hôpital, conformément à l'article 3 du décret n° 2005-1095 du 1<sup>er</sup> septembre 2005 modifié. Elle précise les modalités d'application des dispositions réglementaires.

Il est rappelé que les personnels détachés ou mis à disposition sont concernés par la présente note.

Elle comporte six annexes : l'annexe n° I est consacrée au guide de l'évaluation, l'annexe n° II à la prime de fonctions et de résultats (PFR), l'annexe n° III aux réponses aux questions les plus fréquemment posées, l'annexe n° IV au support de l'évaluation, l'annexe n° V aux modèles de notification de la PFR et l'annexe n° VI au process de l'entretien d'évaluation.

**I. – AUTORITÉS COMPÉTENTES**

En application de l'article 65-2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée, de l'article 44 de la loi n° 2010-751 du 5 juillet 2010 et de l'article 2 du décret n° 2005-1095 du 1<sup>er</sup> septembre 2005 modifié, relatif à l'évaluation des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et du décret n° 2012-749 du 9 mai 2012 relatif à la prime de fonctions et de résultats des corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière, les autorités compétentes pour conduire les entretiens d'évaluation et déterminer le régime indemnitaire, sont :

Le directeur général de l'agence régionale de santé (DGARS) pour les directeurs chefs d'établissement sur emplois fonctionnels ou non, des établissements relevant de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 modifiée, après avis du Président du Conseil de surveillance (ou du conseil d'administration).

Il peut charger les responsables des délégations territoriales ou l'un de ses principaux collaborateurs de conduire les entretiens de certains personnels de direction, sous réserve qu'une délégation expresse ait été accordée à cet effet.

Compte tenu de la place particulière au plan territorial des CHR/CHU et des établissements classés emploi fonctionnel, il est demandé au DGARS de conduire personnellement l'ensemble de leurs

entretiens d'évaluation. En effet, ceux-ci lui permettent d'avoir une vision globale de l'offre de soins hospitalière au niveau de sa région et sont à mettre en perspective du renouvellement quadriennal de détachement en ce qui concerne les emplois fonctionnels.

Pour le cas où un établissement social relevant de la compétence du préfet serait dans le cadre d'une direction commune associé avec un établissement public de santé, il appartient au directeur général de l'agence régionale de santé concernée de conduire les entretiens d'évaluation, après avis du président du conseil de surveillance ou du conseil d'administration.

Le directeur général ou le directeur chef d'établissement pour les directeurs adjoints sur emplois fonctionnels ou non.

Le directeur général de CHR/CHU peut charger le secrétaire général ou le directeur général adjoint ou le directeur de groupe hospitalier / sous-directeur (à l'AP/HP) de conduire les entretiens de certains personnels de direction, sous réserve qu'une délégation expresse ait été accordée à cet effet.

## II. – PÉRIODICITÉ ET MISE EN ŒUVRE

La périodicité retenue pour les entretiens d'évaluation est annuelle. Compte tenu de la nécessité d'analyser les résultats de l'année en cours et de fixer les objectifs des personnels de direction au titre de l'année à venir, l'évaluation doit être réalisée, au plus tard, le 18 septembre 2015.

Il est rappelé qu'il s'agit d'une obligation réglementaire pouvant engager la responsabilité de l'évaluateur.

L'entretien d'évaluation se déroule sur la base de documents annexés à la présente note qui devront être transmis à l'ensemble des évaluateurs, par les directeurs généraux des agences régionales de santé (DGARS) ou par l'autorité compétente de l'État dans le département.

Je rappelle par ailleurs que, en ce qui concerne les directeurs, chefs d'établissements, l'avis du (ou des) président(s) du conseil de surveillance ou conseil(s) d'administration (fiche A1) doit être sollicité au préalable et communiqué au directeur concerné avant l'entretien d'évaluation.

Pour permettre aux deux parties de préparer l'entretien d'évaluation, la date de celui-ci est fixée d'un commun accord et les documents de l'évaluation sont transmis au moins quinze jours à l'avance.

L'évalué(e) devra faire retour de ces documents au moins une semaine avant l'entretien d'évaluation. Il en va de même bien entendu en ce qui concerne les directeurs généraux des agences régionales de santé, vis-à-vis des directeurs occupant les fonctions de chef d'établissement.

L'entretien se déroule impérativement sans présence d'un tiers.

À l'issue de l'entretien d'évaluation, l'évaluateur indique au directeur concerné le coefficient de la part liée aux résultats de la prime de fonctions et de résultats (PFR), qui doit nécessairement être en adéquation avec l'évaluation réalisée. Ce coefficient et le montant de la part liée aux résultats correspondant font impérativement l'objet d'une notification individuelle (suivant le modèle figurant en annexe V) transmise dans le délai d'un mois par l'évaluateur. Une copie est adressée au Centre national de gestion (CNG).

Font l'objet d'une évaluation, les directeurs (chefs d'établissement et directeurs adjoints) ayant exercé pendant au moins 6 mois au cours de l'année considérée.

Dans l'hypothèse où un changement de fonction ou d'affectation intervient au 1<sup>er</sup> juillet de l'année considérée, l'autorité en charge de l'évaluation est celle compétente pour les six premiers mois de l'année. Les objectifs pour l'année à venir seront fixés par le nouvel évaluateur.

Il est rappelé que l'évaluation ne doit pas porter sur la situation de l'établissement mais uniquement sur les compétences et le bilan de l'activité de l'évalué(e), au cours de la période considérée. À cet effet, il convient, d'une part, de dresser le bilan de l'année écoulée au regard des objectifs précédemment fixés et, d'autre part, de fixer à l'évalué(e) des objectifs clairs, précis et réalistes, pour l'année à venir.

De plus, pour les personnels remplissant les conditions d'accès au tableau d'avancement au grade de directeur d'hôpital de la hors classe, il est indispensable de compléter la proposition d'inscription figurant sur la fiche C2 du support d'évaluation, en appuyant cette proposition (ou non-proposition) d'un avis motivé. S'agissant des promotions aux tableaux d'avancement à la classe exceptionnelle et aux échelons spéciaux, vous serez prochainement destinataires d'une note d'information spécifique.

### III. – RECOURS

Le directeur évalué, dès lors qu'il l'a signée, a la possibilité de demander une révision de son évaluation. La signature de celle-ci est impérative; elle signifie que l'évalué(e) a pris connaissance de son évaluation mais n'emporte pas accord sur son contenu.

Il peut également, dès qu'il en a eu notification, demander la révision de la part résultats de son régime indemnitaire.

Dans ce cas, l'évalué(e) présente, sans préjudice du recours gracieux, un recours devant la commission administrative paritaire nationale (CAPN), sous couvert de l'évaluateur.

Sa requête doit indiquer précisément les éléments d'appréciation dont la suppression ou la modification est demandée ou indiquer de façon motivée la réévaluation du coefficient demandé.

Elle doit être présentée dans les deux mois suivant la date de notification des supports d'évaluation et/ou de la notification de coefficient de la part résultats, à peine de forclusion, et formulée par lettre adressée au président de la CAPN sous couvert de l'évaluateur. Ce dernier transmet la demande au Centre national de gestion (département de gestion des directeurs - unité de gestion des directeurs d'hôpital et des directeurs des soins) après y avoir joint un rapport exposant les motifs sur lesquels il s'est fondé pour effectuer son évaluation.

Qu'il s'agisse d'un recours concernant l'évaluation, d'un recours concernant le coefficient de la part liée aux résultats ou enfin d'un recours concernant tant l'évaluation que le coefficient de la part liée aux résultats, l'évalué(e) est invité(e) à transmettre directement un double de sa demande au Centre national de gestion, département de gestion des directeurs, unité de gestion des directeurs d'hôpital et des directeurs des soins, afin de ne pas retarder le processus de saisine de l'instance paritaire. Ce dernier recevra alors un accusé de réception lui notifiant l'engagement du processus.

Le recours est présenté devant la CAPN correspondant à son grade, l'avis qu'elle a formulé est transmis à l'évaluateur qui doit notifier sa décision à l'évalué et l'informer des voies de recours. Une copie de cette notification est impérativement transmise au Centre national de gestion pour information de la CAPN.

Il est à noter que la part liée aux fonctions de la PFR ne peut faire l'objet d'un recours devant la CAPN. Néanmoins, elle peut faire l'objet d'un recours gracieux devant l'autorité compétente, voire d'un recours contentieux.

### IV. – BILAN

Un bilan de la campagne d'évaluation et un bilan de l'attribution de la prime de fonctions et de résultats sont présentés au comité consultatif national.

Dans cette perspective les DGARS, seront saisis par la cellule Statistiques du Centre national de gestion de façon à permettre la transmission des bilans dans le format souhaité, et ce au plus tard, avant le 31 mai de l'année  $N + 1$ .

Ces bilans sont portés à la connaissance des évaluateurs.

### V. – RETOUR DES SUPPORTS D'ÉVALUATION

Les supports d'évaluation finalisés et signés (dossier CNG) devront être transmis exclusivement par voie postale à l'adresse suivante :

#### **CENTRE NATIONAL DE GESTION**

Département de gestion des directeurs  
Unité de gestion des directeurs d'hôpital et des directeurs des soins  
21B, rue Leblanc, 75015 PARIS

accompagnés d'une copie des notifications des montants de la part liée aux fonctions et aux résultats pour l'année considérée.

L'évaluation ayant été réalisée au plus tard avant le 18 septembre de l'année 2015, chaque évaluateur, compte tenu des éventuels recours qui peuvent intervenir devant la CAPN doit renvoyer expressément les supports d'évaluation (fiches A, A1, B1, B2, C1, et C2) et les notifications de la PFR pour le 1<sup>er</sup> octobre 2015 dernier délai.

À cet égard, j'appelle notamment votre attention sur la nécessité de disposer de ces éléments impérativement afin de permettre au CNG de préparer entre autres, le tableau d'avancement à la hors classe pour l'année 2016 (sur la base des éléments contenus dans la fiche C2), qui doit être

présenté, pour avis, à la CAPN avant le 31 décembre 2015. Ils permettent également d'assurer la bonne gestion des carrières des intéressés en vue des mobilités futures ou de repositionnement professionnel.

Vous voudrez bien m'informer des difficultés rencontrées à l'occasion de la mise en œuvre de la présente note.

*La directrice générale  
du Centre national de gestion,  
D. TOUPILLIER*



## 197A1 – ANNEXE I

### GUIDE DE L'ÉVALUATION

#### I. – OBJECTIFS ET PRINCIPES GÉNÉRAUX

L'évaluation vise à apprécier la valeur professionnelle du directeur dans l'emploi qu'il occupe. Trois objectifs sont essentiellement recherchés lors de la mise en œuvre de l'évaluation :

- l'appréciation des résultats annuels constatés en fonction d'objectifs convenus antérieurement et, à cette occasion, la détermination précise des compétences et des qualités professionnelles du personnel évalué, compte tenu de la complexité du contexte professionnel de l'établissement;
- la détermination et la fixation des objectifs à atteindre, pour l'année à venir, après discussion avec l'évalué(e);
- l'objectif de conseiller, orienter et accompagner le professionnel en fonction de ses intérêts et compétences et des besoins de l'institution qui l'emploie, et de ses perspectives d'évolution professionnelle.

L'évaluation s'appuie donc sur la valorisation individuelle du directeur tout au long de sa carrière pour tendre vers une gestion des emplois et des compétences plus dynamique. Elle constitue un outil de communication et de gestion qui implique à la fois l'évaluateur et l'évalué(e).

L'évaluateur peut, dans ce cadre, apprécier notamment au travers des entretiens individuels qu'il mène, les qualités professionnelles des directeurs, leur efficacité et leurs motivations. Il prend en compte leurs attentes dans le souci d'une adéquation réussie entre leurs compétences et le profil du poste occupé. À cette occasion, il peut détecter les capacités de l'évalué(e) à évoluer vers d'autres fonctions et/ou d'autres métiers.

C'est, par ailleurs, lors de l'entretien d'évaluation, que l'évaluateur détermine les capacités de l'évalué(e) à être promu(e) au grade supérieur.

L'évaluation doit donc porter non sur la situation de l'établissement mais sur la gestion du directeur et sur la part revenant à sa gestion dans la situation, bonne ou mauvaise de la structure. Il importe donc que soient fixés aux personnels de directions, chef d'établissement ou adjoints, des objectifs clairs et réalisables dans le contexte, permettant d'en évaluer le bilan en fin d'exercice.

L'évalué(e) a la possibilité de s'exprimer de manière approfondie dans un cadre formalisé.

L'évaluation doit lui permettre de mesurer ses aptitudes, ses compétences et ses potentiels afin de les améliorer de manière continue. Elle le rend plus impliqué dans les modalités et l'accomplissement de ses missions. Elle permet de garder la trace des missions réalisées. Elle est un point d'appui pour son orientation et son évolution professionnelle. Elle doit être également l'occasion pour l'évaluateur d'accompagner le directeur évalué dans cette évolution.

L'évaluation présente l'intérêt pour tous les personnels de direction d'apprécier de manière objective le contexte dans lequel ils accomplissent leurs missions, dans le respect d'objectifs individuels et collectifs s'inscrivant dans la politique menée par l'établissement. C'est donc bien le directeur qui est évalué au travers de sa contribution professionnelle et de son engagement personnel, et non l'établissement au sein duquel il exerce.

L'évaluation doit être sincère et menée avec un grand souci d'objectivité. L'évaluateur est lui-même évalué sur la manière dont il conduit l'évaluation des personnels de direction qui relèvent de son autorité.

#### II. – DÉROULEMENT DE L'ENTRETIEN D'ÉVALUATION

L'entretien d'évaluation doit se concevoir comme un moyen d'expression reposant sur une écoute réciproque et constructive et se situant dans un climat de confiance et de respect mutuel.

À cet effet, le nom, la qualité et la signature lisibles de l'évaluateur doivent impérativement figurer sur le support d'évaluation transmis au centre national de gestion (CNG). Sur ce support, doit obligatoirement figurer la signature du personnel de direction évalué, attestant qu'il en a pris connaissance.

Il est également rappelé que l'entretien doit se dérouler sans la présence d'un tiers.



L'entretien d'évaluation du personnel de direction porte sur :

- les résultats professionnels obtenus au cours de l'année au regard d'une part, des objectifs annuels qui lui ont été assignés l'année précédente, en tenant compte des missions pluriannuelles, et d'autre part des moyens mis à sa disposition et des conditions d'organisation et de fonctionnement de l'établissement;
- la détermination des objectifs annuels à atteindre pour l'année à venir en tenant compte des missions pluriannuelles;
- ses besoins de formation compte tenu notamment de l'évolution de ses missions;
- ses perspectives professionnelles en termes de carrière et de mobilité pour les deux prochaines années.

Lors de cet entretien, le coefficient de la part résultats doit être communiqué à l'évalué(e). Ce coefficient ainsi que le montant de la part résultats sont notifiés dans un délai d'un mois, à l'évalué(e), suivant le modèle fourni en annexe V.

### III. – MÉTHODOLOGIE DE L'ENTRETIEN D'ÉVALUATION

#### 3.1. *Le contenu du dossier d'évaluation*

Il s'appuie sur deux documents :

- le dossier «établissement» qui comprend les fiches 1 et 2. Elles concernent le bilan de l'année passée et les objectifs pour l'année à venir. Elles servent à préparer l'entretien d'évaluation de l'année suivante. Ces fiches sont conservées par l'évaluateur et l'évalué(e). Elles peuvent être produites, le cas échéant, lors d'un recours devant la commission administrative paritaire nationale;
- le dossier «CNG» qui regroupe les fiches A, A1, B1, B2, C1 et C2. Elles constituent le compte rendu d'évaluation. Une copie de celles-ci est conservée par l'évaluateur et l'évalué(e). L'original est transmis au CNG pour classement dans le dossier administratif de l'intéressé(e).

#### 3.2. *Description du poste occupé par l'agent et principales actions menées au cours de la période évalué(e)*

Ces rubriques sont remplies par l'évaluateur de façon précise et concise. Elles permettent de situer le directeur dans l'emploi qui lui est confié et constituent un élément d'aide à la définition de son degré de responsabilités dans l'accomplissement des missions de l'établissement.

Elles permettent également de mettre en perspective son activité et son environnement de travail, les moyens qui lui sont alloués et donc, d'objectiver les conditions dans lesquelles il a exercé ses missions pour l'année écoulée.

#### 3.3. *L'évaluation des résultats professionnels*

L'évaluateur doit apprécier les résultats atteints, les réussites ou les insuffisances ainsi que les raisons qui sont à l'origine des éventuels écarts avec les résultats attendus. Ces derniers sont ceux définis au regard des objectifs fixés pour l'année en cours lors de l'entretien de l'année précédente.

#### 3.4. *La détermination des objectifs de l'année à venir*

Le directeur se voit fixer des objectifs annuels qui se situent dans le cadre des objectifs de l'établissement. Il est indispensable qu'il replace son activité dans les politiques menées par l'établissement afin de lui permettre de prendre la mesure de son action et de son positionnement dans l'établissement compte tenu de la complexité du contexte qui le caractérise. Il s'agit là d'une démarche fondamentale de gestion des ressources humaines.

Les objectifs annuels assignés doivent être clairs et réalistes, c'est-à-dire :

- mesurables : les résultats seront quantifiables (indicateurs) ou observables (compétences);
- accessibles : tant en terme de niveau de responsabilités, de compétences, que de moyens attribués;
- discutés : ils ne sont pas juridiquement et statutairement négociés. Ils résultent d'un échange entre l'évaluateur et l'évalué(e);
- réalisables : en terme de délais, de calendrier de mise en œuvre et de modalités d'évaluation, des moyens mis à disposition et du contexte de l'établissement.

Ces objectifs s'articulent autour des missions principales confiées. Ils concernent les priorités d'action pour l'année à venir, l'évolution éventuelle des fonctions, des attributions, ou des tâches du directeur et les résultats qu'il lui est demandé d'atteindre. Ils peuvent aussi inclure des objectifs d'amélioration de l'activité.

### 3.5. *Souhaits d'évolution professionnelle et/ou de mobilité*

L'évalué(e) indique ses vœux d'évolution professionnelle et/ou de mobilité pour les deux prochaines années. Cependant l'expression de desiderata de mobilité géographique du directeur dans le support d'évaluation ne se substitue pas aux procédures existant en matière de mutation des personnels de direction.

L'évaluateur peut apprécier les qualités professionnelles dominantes de l'évalué(e) et formuler les appréciations et conseils qui lui semblent utiles.

Pour autant, la mobilité ne doit pas avoir, pour l'évalué(e), un caractère pénalisant dans la procédure d'évaluation et dans l'attribution du coefficient de sa part liée aux résultats et pour la proposition au grade d'avancement.

Il définit avec l'intéressé(e), de manière précise, les fonctions qu'il doit exercer de façon à procéder à un rapprochement avec les compétences qu'il a acquises du fait de son expérience passée et avec celles qui lui seront nécessaires pour son évolution professionnelle.

À cette occasion, l'évaluateur se doit également d'identifier les points sur lesquels il lui paraît utile que le directeur renforce particulièrement son effort. Il s'agit ainsi de déceler les compétences qui pourraient être développées.

L'évaluateur doit veiller à ce que les objectifs fixés soient accessibles au directeur et ne relèvent pas de décisions appartenant à d'autres en la matière.

Pour cela, il doit prendre en compte l'organisation de l'établissement, le champ d'intervention de son collaborateur, la définition de son degré de responsabilité, l'environnement matériel et logistique, etc.

### 3.6. *Observations éventuelles du directeur sur la conduite de l'entretien*

L'évalué(e) peut, s'il l'estime nécessaire, compléter le support d'évaluation par ses observations sur la conduite de l'entretien et son contenu.

L'ensemble des rubriques de commentaires et observations du directeur évalué est au besoin renseigné de façon manuscrite après que l'évaluateur, ayant rempli l'ensemble des autres rubriques, lui aura remis, dans un délai qui ne peut pas excéder 1 mois, le compte rendu qu'il aura lui-même signé (ou contresigné dans le cas où la conduite de l'entretien a été déléguée).

Le directeur dispose d'un délai de 7 jours ouvrés et hors congés de toute nature à compter de la remise du document, afin de le signer pour attester qu'il en a pris connaissance et qu'il a bien bénéficié du temps requis pour formuler ses remarques éventuelles. Il n'est donc pas tenu de signer le compte rendu d'entretien dès sa remise par l'évaluateur.

À la fin de l'entretien, un moment privilégié doit être réservé à l'évalué(e) pour lui permettre d'exprimer ses perspectives et ses attentes professionnelles dans sa relation avec l'évaluateur, incluant si nécessaire des propositions d'amélioration des relations entre l'ARS et l'établissement (pour les chefs d'établissement), des propositions d'amélioration des relations entre le chef d'établissement et ses adjoints ou entre les adjoints (pour les directeurs-adjoints).

Lorsque le document a été signé par l'évaluateur et l'évalué(e), chacun en garde une copie. Le dossier CNG original (fiches A, A1, B1, B2, C1 et C2) ainsi que les notifications de parts liées aux fonctions et aux résultats sont transmis au CNG pour classement dans le dossier administratif de l'intéressé(e).

### 3.7. *Mobilité ou affectation en cours d'année*

Il est rappelé que sont évalués les personnels de direction qui ont exercé au moins 6 mois au cours de l'année considérée.

Dans l'hypothèse où un changement de fonction ou d'affectation intervient au 1<sup>er</sup> juillet de l'année *N*, l'autorité en charge de l'évaluation est celle qui était compétente pour les six premiers mois de l'année.

Dans le cas où un directeur quitte son poste en cours d'année, celui-ci est évalué au titre de l'établissement où sa durée d'affectation a été la plus longue.

Dans le cas où un directeur a exercé sur une période inférieure à 6 mois, parce qu'il quitte provisoirement ou définitivement le corps (détachement, mise à disposition, départ à la retraite), il

convient de déterminer un coefficient de part résultats au prorata du temps d'activité dans son établissement. Pour un personnel arrivant nouvellement dans le corps, il revient à l'autorité en charge de l'évaluation de fixer des objectifs et de déterminer un coefficient de part résultats de la prime de fonctions et de résultats, au prorata du temps d'activité dans son établissement.

En cas de mobilisation des jours placés au compte épargne-temps, l'évalué conserve le régime indemnitaire, même si son absence précède un départ, notamment en retraite, tant pour la part relative aux fonctions que pour la part résultats.

Dans l'hypothèse d'un changement d'affectation de l'évaluateur, il appartient à la nouvelle autorité compétente de procéder à l'évaluation et s'il le souhaite de se rapprocher de l'ancien évaluateur.

Dans le cas où un directeur ne peut être évalué (activité de moins de 6 mois), il appartient à l'évaluateur d'apprécier les objectifs atteints et les résultats obtenus afin de déterminer un coefficient de part résultats au vu de son temps de présence. Il en va de même pour un personnel arrivant nouvellement dans le corps.

### 3.8. Conséquences de l'évaluation sur le régime indemnitaire

La fixation de la part liée aux résultats allouée aux personnels de direction doit être en parfaite adéquation avec l'évaluation de ces derniers.

La cotation de cette part liée aux résultats et son montant correspondant doivent impérativement être communiqués à l'évalué(e) à l'issue de l'entretien d'évaluation et confirmés par une notification (*cf.* modèle joint en annexe V) dans le délai d'un mois par l'évaluateur, une copie de notification étant systématiquement communiquée au CNG avec le dossier d'évaluation.

La part liée aux résultats peut comprendre, au titre d'une année, le versement d'une attribution annuelle exceptionnelle, non reconductible automatiquement d'une année sur l'autre.

### 3.9. Proposition d'inscription au tableau d'avancement à la hors classe

Les conditions d'ancienneté et de mobilité requises pour bénéficier d'un avancement de grade (hors classe) sont régies par l'article 21 du décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction. Celles-ci sont les suivantes :

- avoir atteint le 6<sup>e</sup> échelon du grade de la classe normale et justifier de quatre années de services effectifs dans le corps ;
- avoir effectué deux changements d'affectation depuis l'accès dans le corps, dont au moins un changement d'établissement.

Toutefois, lorsque le changement d'affectation conduit à un changement de région administrative, un seul changement d'affectation est requis.

Les périodes de détachement, les périodes de mise à disposition d'une quotité au moins égale à 50 %, d'une durée supérieure à douze mois sont prises en compte.

Si ces périodes de détachement ou de mise à disposition sont accomplies dans une autre région administrative, elles sont considérées comme un changement d'affectation au sens du deuxième alinéa. Si cette condition n'est pas remplie, le comité de sélection mentionné à l'article 15 du décret n° 2005-921 modifié portant statut particulier du corps des directeurs d'hôpital statue sur leur éventuelle prise en compte au titre d'un tel changement d'affectation.

Les périodes de disponibilité ayant donné lieu à une activité professionnelle font également l'objet d'un examen du comité de sélection qui statue sur leur éventuelle prise en compte au titre d'un changement d'affectation, soit au sens de l'article 2 (1<sup>o</sup> et 7<sup>o</sup>) de la loi du 9 janvier 1986 susvisée, soit au sens d'un changement de région administrative.

Les directeurs d'hôpital qui assurent, ou sont membres, lors de sa constitution, d'une direction commune ou à une fusion d'établissements mentionnés à l'article 2 (1<sup>o</sup> et 7<sup>o</sup>) de la loi du 9 janvier 1986 modifiée sont considérés comme ayant effectué une mobilité fonctionnelle.

Les directeurs qui remplissent ces conditions statutaires, doivent, pour être inscrits au tableau d'avancement, faire l'objet d'une proposition d'inscription et d'une évaluation en cohérence avec cette proposition d'inscription.

La proposition d'inscription ou de non-inscription doit impérativement être motivée par l'évaluateur.

197A2 – ANNEXE II

PRIME DE FONCTIONS ET DE RÉSULTATS (PFR)

La prime de fonctions et de résultats se décompose en deux parts, l'une tenant compte des responsabilités, du niveau d'expertise et des sujétions liées aux fonctions exercées, « part fonctions », l'autre tenant compte des résultats de la procédure d'évaluation individuelle et de la manière de servir « part résultats ».

Ces deux parts sont cumulables et modulables indépendamment l'une de l'autre par application de coefficients multiplicateurs aux montants annuels de référence fixés par arrêté du 9 mai 2012 (publié au *Journal officiel* du 10 mai 2012).

La circulaire DGOS/DGCS n° 2012-241 du 19 juin 2012 relative à la mise en œuvre de la prime de fonctions et de résultats pour les personnels des corps de direction de la fonction publique hospitalière détermine le barème des plafonds indemnitaires (plafonds de la part fonctions, de la part résultats et de l'attribution exceptionnelle), ainsi que les cotations des fonctions exercées par les directeurs d'hôpital.

La présente annexe a pour finalité d'explicitier les modalités de calcul de la Prime de Fonctions et de Résultats.

I. – MODALITÉS D'ATTRIBUTION ET DE VERSEMENT DE LA PFR

La prime de fonctions et de résultats est composée d'une part liée aux fonctions et d'une part liée aux résultats dont les montants varient selon la classe et l'emploi détenu par le bénéficiaire et les fonctions exercées.

1.1. *Les composantes de la prime de fonctions et de résultats*

La part liée aux fonctions exercées dite « part fonctions »

Les emplois de personnel de direction doivent d'abord faire l'objet d'une cotation de fonctions selon le barème défini dans l'annexe II-A de la circulaire DGOS/DGCS n° 2012-241 du 19 juin 2012 :

- pour les chefs d'établissement sur emplois fonctionnels ou non fonctionnels : par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) compétente ;
- pour les emplois de secrétaire général, directeur général adjoint, sous-directeur de l'AP-HP, directeur adjoint : par le directeur général ou chef d'établissement.

Pour les directeurs d'hôpital bénéficiant de l'application de l'une des dispositions du décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010 modifié (agent bénéficiant d'un logement de fonction ou d'une indemnité compensatrice de logement), le coefficient est compris entre 1 et 3, selon le barème figurant dans l'annexe II-A de la circulaire DGOS/DGCS n° 2012-241 du 19 juin 2012. Dans les autres cas, les directeurs qui ne sont pas logés (notamment pour les directeurs d'hôpital mis à disposition), la cotation de l'emploi pour la part liée aux fonctions est multipliée par 2.

Un même emploi a deux cotations selon le grade de l'agent qui l'occupe ou peut l'occuper.

Cette cotation a vocation à rester stable tant que l'agent occupe les mêmes fonctions mais peut être modifiée en cours d'année en cas de changement de grade, ou en cas d'exercice de fonctions différentes qui conduit à l'évolution de la cotation de l'emploi occupé.

La cotation de la part fonctions fait l'objet d'une notification individuelle (selon le modèle figurant en annexe V) communiquée au directeur concerné et au centre national de gestion (CNG). Toute modification de la cotation (changement de grade, modification de l'organigramme et des responsabilités liées au poste...) doit également être communiquée préalablement et faire l'objet d'une notification individuelle dans les mêmes formes.

Cette ou ces cotations doivent impérativement figurer sur la 1<sup>re</sup> page du support d'évaluation et sur la fiche de poste.

Il est recommandé de verser selon une périodicité mensuelle la part relative aux fonctions, correspondante à l'année en cours.

La part liée aux résultats

Les modalités de détermination de la part liée aux résultats figurent dans l'annexe III-A de la circulaire DGOS/DGCS n° 2012-241 du 19 juin 2012.

Les montants individuels sont arrêtés en fonction de l'atteinte des objectifs fixés et de la manière de servir, appréciés au terme de l'évaluation.

Le montant de la part liée aux résultats est déterminé par l'autorité ayant pouvoir d'évaluation au sens du décret portant dispositions relatives à l'évaluation des personnels précités, à savoir :

- le directeur général de l'agence régionale de santé (DGARS) pour les directeurs chefs d'établissements sur emplois fonctionnels ou non. Il peut charger les responsables des délégations territoriales de conduire les entretiens de certains personnels de direction, sous réserve qu'une délégation expresse ait été accordée à cet effet ;
- le directeur général ou chef d'établissement pour les autres emplois de directeurs sur emplois fonctionnels ou non.

La part résultats a vocation à être maintenue ou ajustée, à la baisse ou à la hausse, pour tenir compte des résultats de l'évaluation au titre de l'année 2015.

Au titre de l'année 2015, le montant de la part résultats aura pour base le coefficient alloué au titre de l'année 2014 (versement exceptionnel non compris).

La modulation de la part liée aux résultats doit être en parfaite adéquation avec l'évaluation de l'année. Elle intègre l'atteinte ou non par le fonctionnaire des objectifs qui lui ont été fixés.

Aucune progression annuelle ne peut être supérieure au montant unitaire d'une part liée aux résultats. Toute diminution du montant individuel de la part liée aux résultats ne peut pas représenter plus de la valeur unitaire d'une part. Elle doit être systématiquement assortie d'un rapport dûment circonstancié et motivé. La modulation annuelle de la part résultats est fixée par coefficient établi compris entre -1 et +1 avec décimale (1 chiffre maximum).

Une attention toute particulière sera portée sur l'évolution de la part résultats d'une année sur l'autre. Le montant déterminé n'a pas vocation à être reconduit d'année en année ou à faire l'objet d'une évolution prédéterminée. Il importe qu'il y ait une grande cohérence entre l'appréciation que l'évaluateur fait du travail accompli par l'agent et le montant alloué au titre de la part liée aux résultats.

Au total, le coefficient de la part liée aux résultats est compris entre 0 et 6 (versement exceptionnel compris), déterminé par nombre entier ou avec décimale (1 chiffre maximum) entre le plancher et le plafond ainsi définis.

La mobilité ne doit pas être, pour l'évalué(e), un critère pénalisant dans la procédure d'évaluation et dans l'attribution du montant de la part liée aux résultats.

Chaque directeur d'hôpital se verra communiquer le coefficient attribué et le montant calculé à l'issue de l'entretien d'évaluation. Ce coefficient et ce montant lui seront notifiés par écrit au plus tard dans le délai d'un mois, suivant le modèle de notification de l'annexe V.

La part liée aux résultats est versée au plus tard à la fin du premier trimestre de l'année civile suivant celle correspondant au service fait par le personnel de direction, soit le 31 mars 2016.

#### L'attribution d'un complément exceptionnel

L'attribution d'un complément exceptionnel de la part liée aux résultats peut également reconnaître des efforts particuliers liés, notamment, à un surcroît conjoncturel d'activités.

L'attribution exceptionnelle, d'un montant de la valeur unitaire d'une part maximum, a vocation à reconnaître financièrement la charge particulière d'activités et/ou de résultats très remarquables d'un directeur en sus de ses missions habituelles et/ou au-delà des objectifs et des résultats obtenus (période d'intérim, conduite de projet d'une coopération particulièrement complexe, compensation d'une charge de travail supplémentaire significative et anormalement lourde...). L'évaluateur doit, en conséquence, produire un rapport annexé à la fiche d'évaluation quel que soit le montant attribué.

À l'appréciation de l'évaluateur, le versement peut dépasser de manière très exceptionnelle la valeur d'une part. Dans ce cas, un rapport circonstancié et dûment motivé devra être produit.

Il est précisé que le montant fixé au titre de l'attribution exceptionnelle en complément de la part liée aux résultats individuels est pris en compte dans la limite du plafond de la part résultats de l'année au cours de laquelle elle est versée.

Le complément exceptionnel n'est pas reconductible automatiquement d'une année sur l'autre. Cette attribution exceptionnelle fait également l'objet d'une notification individuelle dans les mêmes formes.



1.2. *Les abattements devant être pris en compte pour le calcul de la prime de fonctions et de résultats*

Cf. annexe n° III-A de la circulaire DGOS/DGCS n° 2012-241 du 19 juin 2012.

II. – LES CRITÈRES D'ÉVALUATION À PRENDRE EN COMPTE POUR LA DÉTERMINATION DU COEFFICIENT DE LA PART RÉSULTATS

Qu'il s'agisse de l'évaluateur ou de l'évalué(e), il est important que l'un ou l'autre connaisse les critères objectifs de la modulation de la part liée aux résultats.

Pour ce qui concerne les chefs d'établissement, deux considérations sont à croiser avec les critères figurant dans la fiche d'évaluation, à savoir :

- les résultats obtenus dans ses activités de stratégie ;
- les résultats obtenus dans sa pratique managériale dont son aptitude au dialogue social et celle relative à l'évaluation de ses adjoints.

Pour ce qui concerne les directeurs-adjoints, deux considérations sont également à croiser avec les critères figurant dans la fiche d'évaluation au regard de leurs champs d'attribution. Ce sont les suivants :

- les résultats obtenus dans ses activités de stratégie ;
- les résultats obtenus dans sa pratique managériale dont son aptitude au dialogue social et celle relative à l'évaluation de ses collaborateurs directs.

*La grille d'évaluation liée aux résultats obtenus*

Pour permettre une harmonisation des critères objectifs de la modulation de la part liée aux résultats sur l'ensemble du territoire, une grille type est proposée dont chaque directeur évalué doit avoir pris connaissance préalablement à l'entretien.

Le montant de la part liée aux résultats doit être en parfaite adéquation avec l'évaluation de l'année, en rappelant que toute baisse doit être justifiée par un rapport circonstancié et motivé remis au directeur concerné.

*Les chefs d'établissement*

|   |      |
|---|------|
| Résultats obtenus dans ses activités de stratégie   | 50 % |
| Définition et évolution du projet d'établissement, en lien avec l'agence régionale de santé et en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;<br>Positionnement de l'établissement dans l'environnement territorial et pilotage de l'établissement en conformité avec les orientations nationales et territoriales (PRS, CHT, GCS, directions communes...);<br>Conduite et évaluation de la mise en œuvre des orientations stratégiques définies dans le projet d'établissement et dans tous les projets qui le constituent ;<br>Définition de la politique financière de l'établissement ;<br>Définition des grands axes du contrat de pôle. |      |
| Résultats obtenus dans sa pratique managériale  | 50 % |
| Élaboration et gouvernance des projets de restructuration ou de coopération ;<br>Animation des réunions de concertation ou de négociation ;<br>Gestion en cas de conflits ou de crises liés aux projets de restructuration ou de coopération ;<br>Conduite générale de l'établissement : évaluation des collaborateurs directs, suivi du budget, promotion de la « bienveillance ».   |      |

*Les directeurs adjoints*

|  |      |
|--|------|
| Résultats obtenus dans ses activités de stratégie  | 50 % |
| Assistance et conseil au chef d'établissement sur les choix stratégiques;<br>Contribution au projet d'établissement;<br>Prise en charge de l'élaboration et du suivi d'une ou plusieurs composantes du projet d'établissement;<br>Communication interne des projets pris en charge;<br>Animation des instances internes ou externes.   |      |
| Résultats obtenus dans sa pratique managériale   | 50 % |
| Animation et coordination d'activités et de projets ou de missions liées à la conduite du changement;<br>Management des équipes, notamment d'encadrement;<br>Pilotage des études et analyse des facteurs de risques et de succès des principaux projets;<br>Organisation de la gestion participative du changement;<br>Définition des plannings et des tableaux de bord ou les indicateurs de suivi. |      |

*Nota bene*: les directeurs généraux de CHR/CHU ne sont pas éligibles à la PFR.

197A3 – ANNEXE III

RÉPONSES AUX QUESTIONS LES PLUS FRÉQUEMMENT  
POSÉES – CORPS DES DH – D3S – DS

*Cette annexe est régulièrement actualisée, vous pouvez la retrouver sur notre site internet:  
<http://www.cng.sante.fr>*

TABLE DES MATIÈRES

**1. Part fonctions**

- Qui fixe la part fonctions (PF)?
- La variation de + 0,2 de la PF est-elle possible pour tous les directeurs adjoints exerçant au sein d'une direction commune?
- Que doit-on entendre lorsque l'on parle « d'exercice multi sites » pour la variation possible de + 0.2 pour les adjoints: entité juridique ou situation géographique?
- Dans le cadre d'une cotation de part fonctions avec une variation de +0,2 et si le directeur n'a ni logement (dans le patrimoine de l'établissement ou mise à disposition) ni indemnité compensatrice de logement, le coefficient est-il multiplié par 2?
- Faut-il doubler les points de cotation de la part fonctions lorsque le directeur refuse le logement de fonctions et que, par conséquent, l'établissement ne veut pas lui verser d'indemnité de logement?
- Cotation de la PF pour les fonctionnaires conjoints, liés par un PACS ou concubins: (DH ou D3S ou DS)
- Selon quels critères un chef d'établissement est-il amené à notifier pour ses adjoints les cotations de 2,5 ou 2,7 pour les directeurs hors classe (HC), les cotations de 2,4 ou 2,6 pour les directeurs de classe normale (CN)?
- Dans quelles situations la cotation de la part fonctions a-t-elle vocation à être modifiée?
- En cas de mutation, comment est-on informé de la cotation d'un emploi de chef ou d'adjoint? La cotation de l'emploi peut-elle varier à l'occasion de la vacance de celui-ci?
- La cotation de la part fonctions est-elle liée à la procédure d'évaluation?
- Lors d'une demande de publication de poste, un chef d'établissement est-il obligé de mentionner la cotation d'emploi à la fois pour les directeurs HC et les directeurs CN?

**2. PFR et nomination dans le corps, changement de grade, changement de fonction, changement d'établissement**

- Nomination dans le corps (élèves) DH – D3S.
- Nomination dans le corps (élèves) DS.
- Nomination *via* le tour extérieur ou prise en charge par voie de détachement ou intégration directe.
- En cas de changement de grade.
- En cas de changement de fonction.
- Quel établissement doit verser la PFR lorsqu'un directeur change d'établissement en cours d'année.

**3. PFR et personnels de direction mis à disposition**

- Mises à disposition auprès de la DGOS.
- Mises à disposition auprès d'autres établissements de santé ou autres administrations ou organismes.

**4. PFR et personnels placés en recherche d'affectation**

**5. PFR et congés divers/temps partiel**

- Congés annuels, congé de maternité-paternité, congés de maladie pour raisons reconnues imputables au service.
- Congé de formation professionnelle.
- RTT et/ou CET.



- Congés maladie ordinaire, congés longue durée/congés longue maladie.
- Congé pour maladie professionnelle/accident de travail et de trajet.
- Temps partiel.

#### **6. PFR et réintégration dans le corps**

- Après un détachement.
- Après une disponibilité.
- Après un congé parental.
- Après une mise à disposition.

#### **7. PFR et indemnité d'intérim**

- Indemnité d'intérim (intérim en cours au 9 mai 2012).
- Intérim nouveau (après le 9 mai 2012).
- Quel est le montant de l'indemnité forfaitaire mensuelle ?
- Sur quels cotations et montants de référence se baser pour la PFR d'un directeur adjoint effectuant l'intérim de direction de son propre ou d'un autre établissement ? Quelle est l'autorité en charge de la notification de sa PFR ? Comment est valorisé son intérim ?
- Sur quel(s) budget(s) pèsent le versement exceptionnel et l'indemnité forfaitaire mensuelle lors d'un intérim ?
- Au cours d'un intérim commencé avant le 9 mai 2012, en cas de changement de l'intérimaire, quel régime s'applique ?
- Que perçoit le directeur d'un établissement amené à faire l'intérim d'une direction commune ?
- Dans le cadre du versement de l'indemnité forfaitaire mensuelle, quel(s) est (sont) l'(les) établissement(s) à prendre en considération pour la détermination du montant ?

#### **8. PFR et versement exceptionnel**

#### **9. PFR et emploi/Échelon fonctionnel**

- Sur quels cotations et montants de référence se base-t-on pour attribuer la PFR des directeurs à la tête d'un établissement « échelon fonctionnel » ou « emploi fonctionnel » alors qu'ils ne remplissent pas les conditions pour les avoir ?
- Cotation des chefs d'établissement sur emplois fonctionnels (DH).
- Cotation des directeurs des soins sur emplois fonctionnels (DS).

#### **10. Questions diverses**

- La part résultats de l'année considérée peut-elle être diminuée par rapport à la part résultats de l'année précédente ?
- Pour les établissements non dotés de la personnalité morale, l'avis du président de l'assemblée délibérante de la collectivité de rattachement est-il requis (D3S).
- Délais de recours sur l'évaluation.
- Calcul de la part R de la PFR, en cas de modification du régime du logement des directeurs des soins.

## 1. Part fonctions

*Qui fixe la part fonctions (PF) ?*

Elle est fixée par le chef d'établissement pour les directeurs adjoints et par le DG d'ARS ou le préfet pour les chefs d'établissement.

En l'absence de chef d'établissement, c'est le DG d'ARS ou le préfet qui cote l'emploi du directeur adjoint qui assure l'intérim.

*La variation de + 0,2 de la PF est-elle possible pour tous les directeurs adjoints exerçant au sein d'une direction commune ?*

À l'appréciation du chef d'établissement de la direction commune (responsable d'un site, directeur adjoint particulièrement impliqué).

*Que doit-on entendre lorsque l'on parle « d'exercice multi sites » pour la variation possible de + 0.2 pour les adjoints : entité juridique ou situation géographique ?*

Il relève de l'autorité du chef d'établissement d'apprécier la situation en ce qui concerne les cotations de la PF compte-tenu de la composition de son établissement (sites éloignés...) dans la mesure où les fonctions du directeur adjoint concerné le conduisent à exercer effectivement sur un site différent et significativement distant de celui sur lequel il est affecté à titre principal et pour une durée au moins égale à deux demi-journées par semaine.

*Dans le cadre d'une cotation de part fonctions avec une variation de + 0,2 et si le directeur n'a ni logement (dans le patrimoine de l'établissement ou mise à disposition) ni indemnité compensatrice de logement, le coefficient est-il multiplié par 2 ?*

Oui, c'est l'ensemble de la cotation (variation comprise) qui est multipliée par 2 dans la limite de 6 parts.

*Faut-il doubler les points de cotation de la part fonctions lorsque le directeur refuse le logement de fonctions et que, par conséquent, l'établissement ne veut pas lui verser d'indemnité de logement ?*

Dans cette hypothèse, il relève de l'autorité en charge de l'évaluation de déterminer les cotations de la part fonctions à partir de la situation personnelle et familiale du directeur concerné et du patrimoine immobilier de l'établissement.

*Cotation de la PF pour les fonctionnaires conjoints, liés par un PACS ou concubins : (DH ou D3S ou DS)*

Il ne peut y avoir cumul de concessions de logement par nécessité absolue de service, celui des deux fonctionnaires qui ne bénéficie pas de la concession de logement (dans le patrimoine de l'établissement ou un logement locatif à l'extérieur) ou de l'indemnité de logement pour quelques motifs que ce soit, se voit attribuer une cotation de la PF :

- multipliée par deux pour les DH ou D3S ;
- égale à 3,8 ou 4 pour les directeurs de soins.

*Selon quels critères un chef d'établissement est-il amené à notifier pour ses adjoints les cotations de 2,5 ou 2,7 pour les directeurs hors classe (HC), les cotations de 2,4 ou 2,6 pour les directeurs de classe normale (CN) ?*

Le choix est laissé à l'appréciation du chef d'établissement, en fonction du périmètre de l'emploi occupé et des responsabilités correspondantes. Au sein de l'équipe de direction, il peut donc être amené à différencier les cotations, en fonction des emplois occupés.

*Dans quelles situations la cotation de la part fonctions a-t-elle vocation à être modifiée ?*

Pour un même emploi, la PF doit être revue en cas de changement de grade du directeur qui l'occupe.

Pour un même directeur, elle est revue en cas de changement de fonctions au sein d'une équipe, ou plus largement en cas de mutation et enfin en cas de changement de corps.

En cas de changement de fonctions au sein d'une équipe de direction, le chef d'établissement doit procéder dans l'ordre à la modification de l'organigramme, à la modification de la fiche de poste, à la modification si nécessaire de la cotation de son emploi et donc à une nouvelle décision d'attribution de sa PF.

*En cas de mutation, comment est-on informé de la cotation d'un emploi de chef ou d'adjoint? La cotation de l'emploi peut-elle varier à l'occasion de la vacance de celui-ci?*

Les candidats à la mutation sont informés de la cotation d'un emploi en se référant à la fiche de poste, obligatoirement transmise au CNG en même temps que la demande de publication d'un emploi, et sur laquelle figure la cotation.

L'autorité en charge de la cotation peut, à l'occasion d'une vacance d'emploi, ou non, reconsidérer le périmètre de celui-ci ou estimer que les responsabilités associées sont plus ou moins importantes. Il définit la cotation de l'emploi en conséquence.

*La cotation de la part fonctions est-elle liée à la procédure d'évaluation?*

Non. La cotation de l'emploi – et donc la notification de la décision d'attribution de la PF – peut être effectuée depuis la parution de la circulaire ministérielle qui prévoit la cotation des emplois, soit depuis le 19 juin 2012. Le versement de la PF, y compris le rattrapage par rapport aux indemnités abrogées et déjà versées, peut être mensualisé et a vocation à être versé en année *N*.

Seule la notification de la décision d'attribution de la part de résultats (PR) découle de l'évaluation, puisque celle-ci permet de fixer l'évolution, à la hausse ou à la baisse, du coefficient de PR. Le versement de celle-ci est alors effectué avant la fin du premier trimestre *N*+1.

Il est rappelé que le support d'évaluation ne saurait être adressé aux intéressés postérieurement à la notification d'attribution de la PR. En effet, le recours contre la PR devant être motivé en fonction des résultats obtenus, il est indispensable pour les intéressés de pouvoir disposer des deux supports.

*Lors d'une demande de publication de poste, un chef d'établissement est-il obligé de mentionner la cotation d'emploi à la fois pour les directeurs HC et les directeurs CN?*

Oui. C'est le principe de la déconnexion de l'emploi et du grade. Tous les emplois d'adjoint, à l'exception des emplois fonctionnels, sont accessibles à la fois aux directeurs HC et CN.

## **2. PFR et nomination dans le corps, changement de grade, changement de fonction, changement d'établissement**

*Nomination dans le corps (élèves) DH – D3S*

La part liée aux fonctions est liée à la cotation de l'emploi.

La détermination de la part liée aux résultats est fixée en fonction de leur évaluation et dans la limite de la valeur unitaire d'une part.

*Nomination dans le corps (élèves) DS*

La part liée aux fonctions est liée à la cotation de l'emploi.

La part liée aux résultats peut tenir compte également du niveau indemnitaire atteint par l'agent dans son précédent emploi.

*Nomination via le tour extérieur ou prise en charge par voie de détachement ou intégration directe*

La part liée aux fonctions est liée à la cotation de l'emploi.

Plusieurs cas de figure sont possibles pour la part liée aux résultats :

Si le fonctionnaire ne bénéficiait pas dans son corps d'origine de la PFR, la part liée aux résultats (PR) peut tenir compte également du niveau indemnitaire atteint par l'agent dans son précédent emploi/corps afin de maintenir globalement le niveau du régime indemnitaire antérieur.

Exemple : M. X avait un régime indemnitaire global de 20 000 € (hors NBI) dans son précédent emploi, il est affecté sur emploi de DA, DH de classe normale coté en part liée aux fonctions à 2,4, soit un montant de 11 952 € (il est logé), la part liée aux résultats devra intégrer le différentiel, soit 8 048 €.

Le coefficient de la part résultat avant évaluation  
 =  $8\,048 \text{ €} / 3\,320 = 2,42$  arrondi à 2,5 ( $2,5 \times 3\,320 = 8\,300 \text{ €}$ ).

Si le fonctionnaire bénéficiait dans son corps d'origine de la PFR, la part liée aux résultats (PR) a vocation à être reconduite à partir du montant fixé l'année  $N - 1$ , majoré ou minoré de l'évolution déterminée au titre de l'année  $N$ .

Exemples :

Exemple 1: Mme Y, D3S classe normale avait une PR de 6 000 € dans sa précédente affectation. Elle est détachée dans le corps des DH (classe normale). Le coefficient d'entrée avant évaluation qui lui est fixé est donc :

$6\,000 \text{ €} / 3\,320 = 1,807$  arrondi à 1,9 ( $1,9 \times 3\,320 = 6\,308 \text{ €}$ ).

Exemple 2: détachement d'un DH dans le corps des D3S au 01/01/XXXX

M. Y, directeur d'hôpital hors classe, a perçu, au titre de la part résultats  $N - 1$ , un montant annuel de 14 720 €. M. Y, directeur d'hôpital hors classe, est détaché dans le corps des D3S hors classe, à compter du 01/01/XXXX

Le coefficient d'entrée dans le corps des D3S, avant évaluation, au 01/01/XXXX est déterminé par référence au montant de la part résultats perçu  $N - 1$  soit :

$14\,720 / 2\,667 = 5,51$  arrondi à 5,6

Le coefficient d'entrée dans la part résultats de M. Y, directeur d'hôpital hors classe détaché dans le corps des D3S au 01/01/XXXX, sera donc fixé, avant évaluation à 5,6.

Exemple 3: détachement d'un DH dans le corps des D3S en cours d'année.

M. Y, directeur d'hôpital hors classe, est détaché dans le corps des D3S au 01/09/XXXX

Le coefficient d'entrée dans le corps des D3S sera établi sur le montant qu'il aurait perçu en qualité de directeur d'hôpital en année pleine :

Coefficient PR DH HC  $N - 1$ : 2,8 soit  $2,8 \times 3\,680 = 10\,304$ .

Coefficient d'entrée D3S:  $10\,304 / 2\,667 = 3,86$  arrondi à 3,9.

Montant:  $(2,8 \times 3\,680) \times 8/12 + (3,9 \times 2\,667) \times 4/12 = 6\,869 + 3\,467 = 10\,336$ .

#### *En cas de changement de grade*

Attribution de la cotation de la part liée aux fonctions à la date d'effet de la promotion. Une nouvelle notification est nécessaire.

La part liée aux résultats est déterminée selon les plafonds en vigueur. Le coefficient (montant déterminé après l'évaluation) est unique pour l'année mais il s'appliquera sur les montants unitaires de référence pour chacun des deux grades en tenant compte de la date d'effet de la promotion.

#### *En cas de changement de fonction*

Cas particulier du changement de fonction suite à une réorganisation ou constitution d'une direction commune ou une fusion :

Les directeurs amenés à quitter leur affectation pour prendre des fonctions relevant d'un plafond indemnitaire inférieur à celui dont il relevait jusqu'alors ou un poste dont la cotation serait inférieure à celui détenu conservent à titre individuel le niveau indemnitaire alloué l'année précédente pendant une durée maximale de 3 ans.

Cotation de la PFR du directeur adjoint nommé chef d'établissement en cours d'année

Attribution de la cotation de la part liée aux fonctions à la date d'effet de la nomination. Une nouvelle notification est nécessaire.

La part liée aux résultats est déterminée selon les plafonds en vigueur. Le coefficient est unique pour l'année mais il s'appliquera sur les montants unitaires de référence pour chacun des deux grades en tenant compte de la date d'effet de la nomination.

Exemple: Mme Y, D3S classe normale, est nommée, à compter du 01/09/2014 en qualité de directrice d'un établissement figurant sur l'arrêté du 15 décembre 2008 fixant la liste des établissements mentionnés aux 2° à 6° de l'article 2 de la loi 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière dont la direction permet l'accès à l'échelon fonctionnel de la hors classe des D3S de la fonction publique hospitalière :

Le coefficient de la part résultats de Mme Y, évaluée au titre de l'année 2014, a été fixé par l'évaluateur à 3,5. Le coefficient reste identique pour toute l'année mais il convient, pour déterminer le montant de la part résultats, de distinguer chacune des 2 périodes, en prenant le montant unitaire de la part résultats par référence au barème applicable à chacune des périodes.

Le montant à percevoir au titre de l'année 2014 se déterminera ainsi :

Du 01/01/2014 au 31/08/2014 : par référence au barème applicable à un D3S de classe normale :  
coefficient de la part résultats x montant de la part Résultats soit  $3,5 \times 2\,400 = 8\,400 \text{ €}$

À ramener au prorata de la période effectuée :  $(8\,400 \times 8)/12 = 5\,600 \text{ €}$

Du 01/09/2014 au 31/12/2014 : par référence au barème applicable à un D3S sur échelon fonctionnel :  
Coefficient de la part résultats x montant de la part résultats soit  $3,5 \times 3\,040 = 10\,640 \text{ €}$

À ramener au prorata de la période sur l'établissement échelon fonctionnel :  $(10\,640 \times 4)/12 = 3\,546,66 \text{ €}$ .

Montant total de la part résultats au titre de l'année 2014 : 9 146,66 €.

*Quel établissement doit verser la PFR lorsqu'un directeur change d'établissement en cours d'année :*

Jusqu'au 30/06 / année N (le 01/03 par exemple)

Pour la part fonction (PF) : il appartient à l'établissement d'origine de prendre en charge la PF en fonction de la cotation du poste qu'il occupait. Ensuite, c'est à l'autorité compétente pour l'emploi d'accueil qu'il revient de coter l'emploi, de notifier le montant de la PF à compter du 01/03.

Pour la part résultat (PR) : l'autorité compétente pour l'emploi d'accueil détermine la cotation annuelle fixée en fonction de l'évaluation et du régime indemnitaire antérieur, ensuite soit l'établissement prend en charge le paiement pour l'année entière et demande le remboursement, soit il prend en charge le paiement pour la période courant du 01/03 au 31/12 et notifie à l'ancien établissement la cotation donnée pour que celui-ci régularise la période du 01/01 au 29/02 et verse la PR correspondante à l'intéressé(e).

À partir du 01/07 (le 01/10 par exemple)

Pour la part fonction (PF) : il appartient à l'établissement d'origine de prendre en charge la PF selon la cotation du poste qu'il occupait, pour la période du 01/01 au 30/09. Ensuite, c'est à l'autorité compétente pour l'emploi d'accueil qu'il revient de coter l'emploi, de notifier et de verser le montant de PF à compter du 01/10.

Pour la part résultat (PR) : l'autorité compétente pour l'emploi d'origine détermine la cotation annuelle fixée en fonction de l'évaluation et du régime indemnitaire antérieur, et l'établissement d'origine prend en charge le paiement pour la période du 01/01 au 30/09 et transmet la décision d'attribution de la PR à l'établissement d'accueil pour que celui-ci verse à l'intéressé(e) la PR correspondant aux 3 derniers mois de l'année.

### 3. PFR et personnels de direction mis à disposition

*Mises à disposition auprès de la DGOS*

La cotation de la part liée aux fonctions et de la part liée aux résultats est effectuée par le directeur général de la DGOS.

La notification de la PFR est transmise à l'établissement de rattachement et à l'intéressé(e) par la DGOS, avec copie au CNG.

*Mises à disposition auprès d'autres établissements de santé ou autres administrations ou organismes*

La cotation de la part liée aux fonctions et de la part liée aux résultats est effectuée par l'établissement d'accueil.

La notification de la PFR est transmise à l'établissement de rattachement par l'organisme d'accueil.

### 4. PFR et personnels placés en recherche d'affectation

La cotation de la part liée aux fonctions et de la part liée aux résultats est effectuée par la directrice générale du CNG. Le montant individuel attribué au titre de la part liée aux résultats est maintenu la première année. Il est réduit la seconde année.

## 5. PFR et congés divers/temps partiel

*Congés annuels, congé de maternité-paternité, congés de maladie pour raisons reconnues imputables au service*

Pas d'incidence – assimilés à une période d'activité

*Congé de formation professionnelle*

Suspension de la PFR

Article 31/décret 2008-824 du 21/8/2008 : « l'indemnité forfaitaire mensuelle est égale à 85 % du montant total du traitement brut et de l'indemnité de résidence perçue au moment du départ en congé... » dans la limite de la somme correspondant au traitement et indemnité de résidence de l'IB 650 ; (maintien du supplément familial de traitement).

*RTT et / ou CET*

Pas d'incidence - L'agent continue à bénéficier de la cotation et du montant de référence attribués au titre du dernier emploi occupé, tant pour la part fonctions que pour la part résultats.

Si l'agent a demandé à conserver son logement de fonctions pendant cette période, la part Fonctions reste plafonnée à 3.

S'il a rendu son logement et ne perçoit pas l'indemnité de logement, il faut multiplier la cotation par 2.

*Congés maladie ordinaire, congés longue durée/congés longue maladie*

Application de l'article 26 du décret n° 88-836 du 19 avril 1988 modifié relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière

La part liée aux fonctions (PF) a vocation à suivre le traitement principal. Il n'y a donc pas d'abattement possible tant que le traitement principal est entier.

Exemple : un directeur ayant une rémunération à demi-traitement à partir du 4<sup>e</sup> mois de maladie percevra une part fonctions également à demi-traitement (à l'identique de son traitement principal).

La part liée aux résultats (PR) a vocation à être réajustée, après chaque évaluation annuelle, pour tenir compte de l'atteinte des objectifs et de la manière de servir, appréciées au titre de la période antérieure. Dans ce cadre, il appartient à l'évaluateur d'apprécier si l'impact du congé sur l'atteinte des résultats, eu égard notamment à sa durée et compte-tenu de la manière de servir du directeur, doit ou non se traduire par un ajustement à la baisse l'année suivante. Ce dispositif permet ainsi de valoriser un directeur qui, en dépit d'un congé, s'est investi dans son activité et a produit les résultats escomptés. Un directeur qui serait absent pour maladie pendant une période de 4 mois pourrait ainsi percevoir la part liée aux résultats au même niveau que la période précédente s'il atteint, en 8 mois, les objectifs qui lui étaient assignés pour une période d'un an. Il n'y a donc pas lieu de proratiser selon le temps de présence.

La part liée aux résultats n'a, par conséquent, pas vocation à suivre systématiquement le sort du traitement, contrairement à la part liée aux fonctions.

*Congé pour maladie professionnelle/accident de travail et de trajet*

Pas d'abattement.

*Temps partiel*

La PFR est proratisée au regard de la quotité de travail. Pour les quotités de 80 et 90 %, cette proratisation est respectivement égale à 6/7<sup>e</sup> et 32/35<sup>e</sup>.

## 6. PFR et réintégration dans le corps

*Après un détachement*

La part liée aux fonctions est liée à la cotation de l'emploi.

La fixation de la part liée aux résultats peut tenir compte également du niveau indemnitaire atteint par l'agent dans son précédent emploi avant le détachement afin de maintenir globalement le niveau du régime indemnitaire antérieur et le cas échéant, si le détachement était dans un emploi de la fonction publique, le niveau du régime indemnitaire versé pendant le détachement.



*Après une disponibilité*

La part liée aux fonctions est liée à la cotation de l'emploi.

La part liée aux résultats est déterminée selon les barèmes en vigueur.

*Après un congé parental*

La part liée aux fonctions est liée à la cotation de l'emploi.

La part liée aux résultats est déterminée selon les barèmes en vigueur et peut tenir compte du niveau indemnitaire global atteint avant le placement en congé parental.

*Après une mise à disposition*

La part liée aux fonctions est liée à la cotation de l'emploi.

La part liée aux résultats peut tenir compte du montant de celle précédemment allouée durant la mise à disposition.

## 7. PFR et indemnité d'intérim

*Indemnité d'intérim (intérim en cours au 9 mai 2012)*

Les personnels qui assurent un intérim de direction à la date du 9 mai 2012 et qui perçoivent à ce titre l'indemnité d'intérim continuent de percevoir cette indemnité jusqu'au terme de celui-ci.

*Intérim nouveau (après le 9 mai 2012<sup>1</sup>)*

En cas de vacance d'emploi ou d'absence supérieure à trente jours calendaires de directeur d'un établissement, le directeur perçoit :

durant les trois premiers mois : un versement exceptionnel selon les règles applicables. Dans ce cas, l'attribution de ce versement exceptionnel est mensualisée.

*À partir du quatrième mois d'intérim*

Soit la vacance d'emploi subsiste et si la décision a été prise de ne pas pourvoir l'emploi par un directeur, une direction commune doit être organisée par le directeur général de l'agence régionale de santé, dans les conditions de droit commun qui donne lieu au versement de l'indemnité forfaitaire mensuelle (indemnité de direction commune) jusqu'à la constitution effective de ladite direction commune. Une fois, celle-ci constituée, il est procédé au versement de l'indemnité mensuelle de direction commune.

Soit la procédure de nomination sur l'emploi vacant est engagée et il n'y a pas de direction commune à organiser, l'indemnité forfaitaire mensuelle (indemnité de direction commune) continue à être servie jusqu'à la nomination du titulaire du poste de chef d'établissement.

ATTENTION : Il ne faut pas confondre l'indemnité mensuelle de direction commune, qui est maintenue et versée uniquement au directeur de la direction commune, et l'indemnité forfaitaire mensuelle, qui est attribuée pour l'exercice d'un intérim, et qui concerne les chefs d'établissements et les directeurs adjoints.

*Quel est le montant de l'indemnité forfaitaire mensuelle ?*

Il s'agit, en fait, du même montant que celui perçu dans le cadre d'une direction commune, à savoir :

Concernant les DH : 580 € pour une direction commune et 290 euros pour la direction d'un syndicat interhospitalier (en voie d'extinction). Un même directeur peut se voir confier plusieurs intérim, même si cela doit rester exceptionnel. Il cumulera alors les indemnités prévues par la réglementation.

Concernant les D3S : 390 € si la direction commune comporte 2 établissements et 580 euros si la direction commune comporte au moins 3 établissements ou 2 établissements totalisant ensemble plus de 180 lits et/ou places.

---

<sup>1</sup> Instruction DGOS/RH4/DGCS/4B n° 2014-281 du 13 octobre 2014 relative à la mise en œuvre de la procédure d'intérim des fonctions de directeur d'un établissement mentionné à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifié portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

*Sur quels cotations et montants de référence se baser pour la PFR d'un directeur adjoint effectuant l'intérim de direction de son propre ou d'un autre établissement? Quelle est l'autorité en charge de la notification de sa PFR? Comment est valorisé son intérim?*

La cotation de l'emploi de directeur adjoint n'est jamais affectée par l'intérim.

S'il assure l'intérim d'une autre direction d'établissement, la cotation de son emploi d'adjoint est faite par son chef d'établissement.

Pour la PR, l'autorité compétente pour l'évaluation de l'emploi d'adjoint établit cette évaluation et la détermination du montant de PR.

L'évaluation des fonctions d'intérimaire à temps plein est effectuée par le DG d'ARS (ou le préfet selon le cas) et l'indemnisation de l'intérim se fait par un versement exceptionnel, décidé par la même autorité, dans les conditions susmentionnées.

Les directeurs adjoints qui exercent à titre exceptionnel les fonctions de directeur par intérim à temps plein, sur une année complète, sont évalués par le DG d'ARS (ou le préfet selon le cas).

*Sur quel(s) budget(s) pèsent le versement exceptionnel et l'indemnité forfaitaire mensuelle lors d'un intérim?*

Le versement exceptionnel est mensualisé et versé par l'établissement d'affectation du personnel de direction qui assure l'intérim.

Ces versements exceptionnels mensuels sont versés par l'établissement d'affectation de l'intérimaire et remboursés, par le biais d'une convention, par l'établissement bénéficiaire de l'intérim. Ils doivent impérativement être mentionnés dans le support d'évaluation annuelle de l'intéressé (fiche C1).

*Au cours d'un intérim commencé avant le 9 mai 2012, en cas de changement de l'intérimaire, quel régime s'applique?*

Celui applicable depuis le 9 mai 2012.

*Que perçoit le directeur d'un établissement amené à faire l'intérim d'une direction commune?*

- si la direction commune est composée d'EPS dont l'un relève du statut des DH (ne figurant pas sur l'arrêté du 22 avril 2008 modifié fixant la liste des EPS dirigé par des D3S): le directeur perçoit sa PFR au titre de son affectation initiale et 580 € au titre de la direction commune;
- si la direction commune est composée d'établissements sociaux et médico-sociaux et/ou d'EPS qui figurent sur l'arrêté du 22 avril 2008 modifié, fixant la liste des EPS dirigés par des D3S: le directeur perçoit sa PFR au titre de son affectation initiale: soit 390 € si la direction commune comporte 2 établissements, soit 580 € si la direction commune comporte au moins 3 établissements ou 2 établissements totalisant ensemble plus de 180 lits et/ou places.

*Dans le cadre du versement de l'indemnité forfaitaire mensuelle, quel(s) est (sont) l'(les) établissement(s) à prendre en considération pour la détermination du montant?*

On ne prend en compte que le ou les établissements dans lequel (lesquels) va s'effectuer l'intérim. Ainsi, un directeur, chef d'un établissement de 100 lits et places, qui ferait l'intérim d'un autre établissement de 100 lits et places, se verra attribuer un montant de 390€ pour l'indemnité forfaitaire mensuelle au titre de l'intérim d'un établissement. Il n'y a pas de prise en compte, pour la détermination du montant, de la capacité de l'établissement d'affectation du directeur.

## **8. PFR et versement exceptionnel**

Un versement exceptionnel d'un montant de la valeur unitaire d'une part maximum dans la limite du plafond de la part résultats (PR), non reconductible d'une année sur l'autre peut être versé (pour reconnaître financièrement une charge particulière d'activité comme un intérim de direction inférieur ou égal à 3 mois, conduite de projet d'une coopération complexe, compensation d'une charge de travail significative...). Dans ce cas, un rapport circonstancié doit être joint à l'évaluation.

De manière très exceptionnelle et à l'appréciation de l'évaluateur, ce versement peut dépasser la valeur unitaire d'un point dans la limite du plafond de la part résultats de l'année au cours de laquelle elle est versée (pour récompenser une charge de travail anormalement lourde, par exemple). Dans ce cas un rapport très détaillé doit être joint à l'évaluation.



## 9. PFR et emploi/échelon fonctionnel

*Sur quels cotations et montants de référence se base-t-on pour attribuer la PFR des directeurs à la tête d'un établissement « échelon fonctionnel » ou « emploi fonctionnel » alors qu'ils ne remplissent pas les conditions pour les avoir ?*

- les cotations et montants de référence à appliquer pour un personnel de direction affecté, soit sur un emploi fonctionnel figurant sur la liste des emplois fonctionnels et publié sur le site du CNG (DH et D3S), soit sur un établissement ouvrant l'accès à un échelon fonctionnel fixé par arrêté (D3S), alors que ce même personnel de direction ne remplit pas les conditions statutaires, sont ceux relatifs à l'emploi et non au grade;
- exemple: un D3S de classe normale 4<sup>e</sup> échelon, chef d'un établissement qui figure sur l'arrêté du 15 décembre 2008 fixant la liste des établissements dont la direction permet l'accès à l'échelon fonctionnel de la hors classe, doit se voir notifier une cotation de son emploi et les montants de référence en fonction du plafond déterminé pour l'échelon fonctionnel, même s'il n'a pas atteint l'échelon fonctionnel;
- un directeur, dont l'établissement n'a pas pu être classé dans l'un des groupes fonctionnels du fait de la saturation de ce groupe, doit percevoir au titre de la PFR, les montants de référence du groupe concerné des emplois fonctionnels et se voir appliquer les cotations y afférentes.

### *Cotation des chefs d'établissement sur emplois fonctionnels (DH)*

La cotation dépend du groupe dans lequel se situe son établissement. Si l'établissement est dans le groupe I ou II, la cotation est de 3 et si l'établissement est dans le groupe III, la cotation est de 2.8.

### *Cotation des directeurs des soins sur emplois fonctionnels (DS)*

Logés: 2,8 et 3.

Non logés: 3,8 et 4.

## 10. Questions diverses

*La part résultats de l'année considérée peut-elle être diminuée par rapport à la part résultats de l'année précédente ?*

Au titre de l'année en cours, le coefficient de la PR aura pour base celui alloué l'année précédente auquel sera appliquée la modulation retenue à l'issue de l'évaluation au titre de l'année considérée.

La PR a vocation à être maintenue ou ajustée, à la baisse ou à la hausse pour tenir compte des résultats de l'évaluation de l'année considérée dans la limite d'une part.

Toute baisse doit faire l'objet d'un rapport circonstancié et motivé joint à l'évaluation.

*Pour les établissements non dotés de la personnalité morale, l'avis du président de l'assemblée délibérante de la collectivité de rattachement est-il requis (D3S)*

L'évaluateur est l'autorité administrative, en règle générale le préfet, mais la cotation de la part F est faite en liaison avec le président de l'assemblée délibérante de la collectivité de rattachement.

### *Délais de recours sur l'évaluation*

Le point de départ du délai du recours devant la CAPN compétente est la signature de l'évaluation par l'évalué(e). La signature peut être accompagnée d'observations, elle n'implique pas son acceptation, elle signifie que communication a été faite.

Il peut également, dès qu'il en a eu notification, demander la révision de la PR de son régime indemnitaire.

Dans le cas d'une modification porté sur tout élément de l'évaluation, et suite à la signature de l'évalué(e), il convient que l'évaluateur fasse une nouvelle notification du support à l'intéressé(e).

Le directeur peut présenter en concomitance un recours gracieux auprès de son évaluateur et un recours en révision devant la CAPN.

*Calcul de la part R de la PFR, en cas de modification du régime du logement des directeurs des soins*

Les directeurs des soins, non logés l'année de l'entrée en vigueur de la PFR, mais qui le sont ultérieurement, subissent une incidence défavorable sur le niveau indemnitaire, à corriger. En effet, une forte part du régime indemnitaire (dont le niveau acquis antérieurement au passage à la PFR en 2012 est garanti à chaque DS), qui s'est imputée sur la part F, est annulée par la diminution de celle-ci, lors de la prise en compte du logement. De plus, le changement de situation ne s'effectue pas nécessairement en année pleine.

Pour corriger l'effet pervers ainsi induit, deux approches sont possibles :

- reprendre le calcul initial et l'appliquer à la nouvelle situation, en intégrant les évolutions intermédiaires, soit :
- reprise du socle d'entrée établi en 2012 : montant total des primes et indemnités perçues en 2011 majorée de 10% ;
- calcul du nouveau montant de part F (le directeur n'était pas logé en 2012 et il l'est cette année) : cotation part F DS logé x montant unitaire de part F (montant d'origine en 2012) ;
- reconstitution de la Part R initiale : socle d'entrée - nouveau montant de la part F = montant x ;
- calcul de la cotation R correspondante : montant x / valeur d'une part R (valeur d'origine en 2012) ;
- actualisation au titre des années intermédiaires : à ce nouveau coefficient de part R, ajout des évolutions annuelles depuis 2012 ;
- intégration d'éventuelles autres modifications, selon les règles courantes applicables : Le calcul de la part R pour la suite, s'effectue selon les règles habituelles (application de l'évolution pour l'année de l'évaluation).

ou

Réaffecter simplement la perte sur la part F à la part R, soit :

- détermination de la réduction liée au logement : montant part F non logé - montant part F logé = x ;
- ajout de ce montant x à la dernière part R, puis détermination de la cotation R correspondante : (montant x + dernière part R) / valeur d'une Part R (valeur actuelle lors du calcul) ;
- le calcul de la part R pour la suite, s'effectue selon les règles habituelles (application de l'évolution pour l'année de l'évaluation) ;
- ce calcul simplifié peut s'avérer erroné, si des changements sont intervenus : avancement de grade, détachement sur emploi fonctionnel, changement quotité de temps de travail. Le calcul décrit en 1 est alors nécessaire. Si le changement de logement intervient en cours d'année, la règle prorata temporis s'applique.

Exemple 1 :

En 2012, un directeur des soins, 2<sup>e</sup> classe, coordonnateur, non logé, a perçu au titre de 2011, un montant total de primes de 16 358 €. Son socle d'entrée était de : 16 358 + 10% de 16 358 = 17 993,80 €. La cotation de la part F était fixée à 4, soit un montant de 14 400 €. Le montant de la part R s'établissait donc à 3 593,80 € soit une cotation de : 3 593,80/2 400 (montant d'une part) soit 1,49 arrondi à 1,5. La cotation de PR a évolué de + 0,5 en 2012 et de + 0,6 en 2013 et était donc de 2,6 en 2013.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2014, le directeur des soins est logé. En conséquence, la cotation de sa part F est fixée à 2,9 soit un montant de 10 440 € et non plus de 14 400 €, soit une diminution de 3 960 €.

Calcul 1 :

Socle d'entrée en 2012 : 17 993,80 €.

Calcul du nouveau montant de part F 2,9 x 3 600 = 10 440 €.

Reconstitution de la part R initiale : 17 993,80 € - 10 440 € = 7 553,80 €.

Calcul de la cotation R correspondante : 7 553,8/2 400€ = 3,147 soit 3,2.

Actualisation au titre des années intermédiaires : part R 2013 = 3,2 + 0,5 + 0,6 = 4,3 avant application de l'évolution pour 2014.

Calcul 2 :

Détermination de la réduction liée au logement : 14 400 - 10 440 = 3960 €.

Ajout de ce montant à la dernière part R (soit 2,6 x 2 400 = 6 240 €) : 6 240 + 3 960 = 10 200 €.

Calcul de la cotation R correspondante : 10 200/2 400 = 4,25 arrondi à 4,3 avant application de l'évolution pour 2014.

Exemple 2:

En 2012, un directeur des soins, 1<sup>er</sup> classe à l'échelon fonctionnel, coordonnateur, non logé, a perçu au titre de 2011, un montant total de primes de 18 500 €. Son socle d'entrée était de: 18 500 + 10 % de 18 500 = 20 350 €. La cotation de la part F était fixée à 3,8, soit un montant de 15 200 €. Le montant de la part R s'établissait donc à 5 150 € soit une cotation de: 5 150/2 667 (montant d'une part) soit 1,93 arrondi à 2. La cotation de PR a évolué de + 0,5 en 2012 et de + 0,6 en 2013 et était donc de 3,1 en 2013.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2014, le directeur des soins est logé. En conséquence, la cotation de sa part F est fixée à 3 soit un montant de 12 000 € et non plus de 15 200 €, soit une diminution de 3 200 €.

Calcul 1:

Socle d'entrée en 2012: 20 350 €.

Calcul du nouveau montant de part F  $3 \times 4\,000 = 12\,000$  €.

Reconstitution de la part R initiale:  $20\,350 \text{ €} - 12\,000 \text{ €} = 8\,350 \text{ €}$ .

Calcul de la cotation R correspondante:  $8\,350/2\,667 \text{ €} = 3,13$  soit 3,2.

Actualisation au titre des années intermédiaires: part R 2013 =  $3,2 + 0,5 + 0,6 = 4,3$  avant application de l'évolution pour 2014.

Calcul 2:

Détermination de la réduction liée au logement:  $15\,200 - 12\,000 = 3\,200$  €

Ajout de ce montant à la dernière part R (soit  $3,1 \times 2\,667 = 8\,267,70$  €):  $8\,267,70 + 3\,200 = 11\,467,70$  €.

Calcul de la cotation R correspondante:  $11\,467,70/2\,667 = 4,29$  arrondi à 4,3 avant application de l'évolution pour 2014.

197A4 – ANNEXE IV



NOM D'USAGE :  
PRÉNOM :  
NOM DE NAISSANCE :

**DOSSIER CNG  
ÉVALUATION ANNÉE 2015**

- Directeur d'hôpital (Cocher la case correspondante)  Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social

**FICHE A**

| ETAT CIVIL   |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Madame                                      | <input type="checkbox"/> Monsieur (cocher la case correspondante) |
| <b>NOM D'USAGE</b> .....   |   |
| <i>(justificatifs à fournir en cas de changement de nom d'usage)</i> |   |
| <b>PRÉNOM</b> .....  |   |
| <b>NOM DE NAISSANCE</b> .....  |   |
| DATE DE NAISSANCE ..../../....                                       | AGE .....   |
| LIEU DE NAISSANCE .....  |   |
| SITUATION DE FAMILLE .....   |   |
| NOM, PRÉNOM ET DATE DE NAISSANCE DES ENFANTS                         |   |
| -  |   |
| -  |   |
| DIPLOME(S) OBTENU(S) AU COURS DE L'ANNEE .....                       |   |

| SITUATION ADMINISTRATIVE  |  |                 |       |                      |         |              |         |
|---|--|-----------------|-------|----------------------|---------|--------------|---------|
| <b>COEFFICIENT DE LA PART LIÉE AUX FONCTIONS</b>  |  |                 |       |                      |         |              |         |
| Cotation de l'emploi (à indiquer impérativement)  |  |                 |       |                      |         |              |         |
| LOGEMENT : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>  |  |                 |       |                      |         |              |         |
| Si non logé : <input type="checkbox"/> Indemnité de logement <input type="checkbox"/> Cotation doublée  |  |                 |       |                      |         |              |         |
|   | <table border="1"> <tr> <td><b>Cotation</b></td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td><b>Variation 0,2</b></td> <td>+ .....</td> </tr> <tr> <td><b>Total</b></td> <td>= .....</td> </tr> </table> | <b>Cotation</b> | ..... | <b>Variation 0,2</b> | + ..... | <b>Total</b> | = ..... |
| <b>Cotation</b>   | .....  |                 |       |                      |         |              |         |
| <b>Variation 0,2</b>  | + .....  |                 |       |                      |         |              |         |
| <b>Total</b>  | = .....  |                 |       |                      |         |              |         |
| <b>ÉTABLISSEMENT D'AFFECTATION</b> .....  |  |                 |       |                      |         |              |         |
| CATEGORIE : <input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CHS <input type="checkbox"/> CHU <input type="checkbox"/> EHPAD <input type="checkbox"/> autre (préciser) .....      |  |                 |       |                      |         |              |         |
| VILLE .....   | Dept .....   |                 |       |                      |         |              |         |
| DATE D'INSTALLATION ..../../....  |  |                 |       |                      |         |              |         |
| <b>INTITULÉ DE LA FONCTION OCCUPEE</b> (selon l'organigramme)   |  |                 |       |                      |         |              |         |
| .....   |  |                 |       |                      |         |              |         |
| (pour les directeurs adjoints, le libellé de la fonction est à indiquer en toutes lettres)  |  |                 |       |                      |         |              |         |
| DATE D'INSTALLATION DANS LA FONCTION ..../../....   |  |                 |       |                      |         |              |         |
| <b>POSITION</b> : <input type="checkbox"/> détachement emploi fonctionnel <input type="checkbox"/> détachement <input type="checkbox"/> mise à disposition                            |  |                 |       |                      |         |              |         |
| <input type="checkbox"/> recherche d'affectation <input type="checkbox"/> autres .....  |  |                 |       |                      |         |              |         |
| <b>DATE D'ENTREE DANS LE CORPS</b> : ..../../....   |  |                 |       |                      |         |              |         |
| <b>GRADE</b> : <input type="checkbox"/> Classe exceptionnelle <input type="checkbox"/> Hors classe <input type="checkbox"/> Classe normale <input type="checkbox"/> Classe provisoire |  |                 |       |                      |         |              |         |
| (cocher la case correspondante)   |  |                 |       |                      |         |              |         |
| <b>ECHELON</b> : .....  |  |                 |       |                      |         |              |         |

DOSSIER C.N.G.



NOM D'USAGE :  
 PRÉNOM :  
 NOM DE NAISSANCE :

ÉVALUATION ANNÉE 2015

FICHE A (suite)

**DESCRIPTION DU POSTE (à remplir par l'évalué)**

**Positionnement dans l'établissement (selon l'organigramme) :**

- Chef d'établissement
- Directeur adjoint placé sous l'autorité du chef d'établissement
- Directeur adjoint placé sous l'autorité d'un directeur adjoint
- Autre (préciser) .....

**Missions générales du poste et principales activités :**

NB : pour les directeurs chefs d'établissement => point général d'exécution pour l'année de référence, des missions confiées et des objectifs contractualisés, en référence au projet d'établissement, au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et, pour les directeurs chefs d'établissement sur emplois fonctionnels, à la lettre d'objectifs.

**Appréciation de la complexité du contexte d'exercice du poste au cours de l'année de référence :**

| A remplir par l'évalué(e) | A remplir par l'évaluateur |
|---------------------------|----------------------------|
|                           |                            |



NOM D'USAGE :  
PRÉNOM :  
NOM DE NAISSANCE :

**DOSSIER CNG  
ÉVALUATION ANNÉE 2015**

**FICHE A1**

**AVIS DU PRÉSIDENT DU CONSEIL DE SURVEILLANCE OU DU CONSEIL  
D'ADMINISTRATION**

**Recueil d'avis préalable sur la manière de servir (uniquement pour les chefs d'établissement) :**

Date .././....

Signature : (Nom, prénom et qualité)

Je, soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des informations ci-dessus mentionnées.

Date :

Signature de l'évalué(e) :



NOM D'USAGE :  
PRÉNOM :  
NOM DE NAISSANCE :

DOSSIER CNG  
ÉVALUATION ANNÉE 2015

FICHE B1

## APPRECIATIONS DE L'EVALUATEUR

### **Bilan synthétique des résultats de l'année précédente (selon l'emploi occupé) :**

### **Appréciations des compétences mises en œuvre dans l'année :**

#### **I. - Résultats obtenus dans le pilotage de l'établissement (chefs) ou de la mission (adjoints) :**

1.1. Définition et pilotage des objectifs stratégiques

1.2. Décision et arbitrage

1.3. Maîtrise de la technicité du poste :

#### **II. - Résultats obtenus dans la pratique managériale :**

2.1. Animation, motivation et évaluation des équipes

2.2. Négociation

2.3. Conduite de projet et accompagnement du changement

2.4. Communication



NOM D'USAGE :  
PRÉNOM :  
NOM DE NAISSANCE :

**DOSSIER CNG  
ÉVALUATION ANNÉE 2015**

**FICHE B2**

**SOUHAITS EXPRIMÉS PAR L'ÉVALUÉ(E) POUR LES 2 PROCHAINES ANNÉES**

Informations facultatives dans la perspective de la mise en place d'une bourse des emplois

- Mobilité fonctionnelle souhaitée (à préciser) :
  
- Mobilité géographique souhaitée (à préciser) :
  
- Accès à une chefferie d'établissement :

**Souhaits de formation :**

| Formations souhaitées par l'évalué(e) | Observations de l'évaluateur ou de la personne responsable de la conduite de l'entretien d'évaluation si elle est différente de l'évaluateur |
|---------------------------------------|--|
| -                                     | -  |
| -                                     | -  |
| -                                     | -  |
| -                                     | -  |
| -                                     | -  |
| -                                     | -  |
| -                                     | -  |

La signature du support par les deux parties est impérative.  
Elle n'emporte pas l'accord sur le contenu mais signifie que l'évalué(e) en a pris connaissance.

Date :

Date :

NOM – PRÉNOM  
QUALITE

Signature de l'évalué(e) :

Signature de l'évaluateur :





NOM D'USAGE :  
PRÉNOM :  
NOM DE NAISSANCE :

**DOSSIER CNG  
ÉVALUATION ANNÉE 2015**

**FICHE C1**

**BILAN SYNTHETIQUE PAR L'EVALUATEUR**

Aptitudes professionnelles démontrées et perspectives d'évolution de carrière en indiquant la capacité à exercer des responsabilités supérieures :

**PROPOSITION DU MONTANT DE LA PART RÉSULTATS 2015**

**Il est rappelé que le montant de la nouvelle part résultats doit être communiqué à l'issue de l'entretien d'évaluation.**

|  | Montant | Coefficient |
|--|---------|-------------|
| Rappel de la part résultats (hors versement exceptionnel) au titre de l'année 2014 | €       |             |
| Coefficient d'évolution 2015   |         |             |
| Coefficient total de la part résultats 2015  |         |             |

*En cas de diminution du coefficient total de la part résultats, un rapport circonstancié et dûment motivé doit être obligatoirement annexé.*

|   |   |
|---|---|
| Montant total de la part résultats 2015 | € |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| Attribution d'un versement exceptionnel : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |   |
| Coefficient du versement exceptionnel (dans la limite de 1)   |   |
| Montant du versement exceptionnel   | € |
| Dont montant prime(s) d'intérim (< 4 mois)  | € |

*En cas d'attribution d'un versement exceptionnel, un rapport circonstancié et dûment motivé doit être obligatoirement annexé quel que soit le montant alloué.*

|  |                                |                                |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| Attribution d'une indemnité forfaitaire mensuelle d'intérim (> 4 mois) | <input type="checkbox"/> oui   | <input type="checkbox"/> non   |
| Si oui montant :   | <input type="checkbox"/> 390 € | <input type="checkbox"/> 580 € |

Date du début d'intérim : ..../..../....

**Rappel** : Le coefficient de la part résultats, y compris le versement exceptionnel, ne peut dépasser le plafond autorisé, fixé à 6.



NOM D'USAGE :  
PRÉNOM :  
NOM DE NAISSANCE :

DOSSIER CNG  
ÉVALUATION ANNÉE 2015

FICHE C2

**FICHE DE PROPOSITION D'INSCRIPTION AU TABLEAU D'AVANCEMENT À LA HORS CLASSE  
POUR L'ANNÉE 2016**

**Mobilités effectuées par l'agent concerné depuis l'accès dans le corps des directeurs d'hôpital :**

-  
-  
-  
-

NB : toute mobilité fonctionnelle doit faire l'objet d'un acte juridique transmis au CNG (**uniquement pour le corps des directeurs d'hôpital**)

**Proposition d'inscription au tableau d'avancement 2016 :**  OUI  NON  SANS OBJET\*

\* La notion "SANS OBJET" concerne les directeurs qui sont déjà hors classe ou les directeurs de classe normale qui ne remplissent pas les conditions statutaires.



**Avis motivé impératif en vue de proposition ou de non-proposition :**

.....  
.....  
.....  
.....

Évaluateur :  Directeur général de l'Agence régionale de santé  
 Chef d'établissement  
 Représentant de l'Etat dans le département

- Avis conforme à celui de la personne responsable de la conduite de l'entretien si elle est différente de l'évaluateur
- Avis non conforme à celui de la personne responsable de la conduite de l'entretien si elle est différente de l'évaluateur (**dans ce cas, un nouvel entretien d'évaluation doit avoir lieu avec l'évaluateur**)

Date :

Signature : (**prénom, nom et qualité de l'évaluateur**)

Observations éventuelles de l'évalué(e) sur les fiches A, A1, B1, B2, C1 et C2 :

Date :

Signature :



NOM D'USAGE :  
PRÉNOM :  
NOM DE NAISSANCE :

**DOSSIER CNG  
ÉVALUATION ANNÉE 2015**

**FICHE 1**

- Dossier DGARS pour les chefs d'établissement
- Dossier établissement pour les directeurs adjoints

**FICHE PRÉPARATOIRE A L'ENTRETIEN D'ÉVALUATION**

Bilan des résultats de l'année précédente fondé sur l'autoévaluation exprimée par l'évalué(e)

**Reprendre les objectifs validés de l'année précédente (4 pages maximum)**

| OBJECTIFS ET ACTIONS PRIORITAIRES DÉFINIS | DÉLAI | CRITÈRES/INDICATEURS   | RÉSULTATS OBTENUS |
|---|-------|--|-------------------|
|   |       |  |                   |
| <b>Observations de l'évalué(e)</b>        |       | <b>Observations du DGARS pour les chefs d'établissement.<br/>Observations du chef d'établissement pour les directeurs adjoints</b> |                   |
| Date :<br><br>Signature                   |       | Date :<br><br>Signature (prénom, nom et qualité de l'évaluateur)   |                   |



NOM D'USAGE :  
PRÉNOM :  
NOM DE NAISSANCE :

**DOSSIER CNG  
ÉVALUATION ANNÉE 2015**

**FICHE 2**

- Dossier DGARS pour les chefs d'établissement
- Dossier établissement pour les directeurs adjoints

**FICHE PREPARATOIRE A L'ENTRETIEN D'EVALUATION**

Définition des objectifs pour l'année à venir *par référence à la fiche B1 (2 pages maximum)*

| OBJECTIFS ET ACTIONS<br>PRIORITAIRES DEFINIS   | DELAI                                     | CRITERES<br>D'EVALUATION |
|--|---|--------------------------|
|  |   |                          |
| <p><b>Observations du DGARS pour les chefs d'établissement.</b><br/><b>Observations du chef d'établissement pour les directeurs adjoints</b></p> | <p><b>Observations de l'évalué(e)</b></p> |                          |
| <p>Date :</p> <p>Signature (<b>prénom, nom et qualité de l'évaluateur</b>)</p>   | <p>Date :</p> <p>Signature</p>            |                          |

197A5 – ANNEXE V

MODÈLE DE DÉCISION DE COTATION DE LA PART FONCTIONS  
DE LA PFR ANNÉE 2015

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 7°) de la loi du 9 janvier 1986 modifiée;

Vu le décret n° 2005-922 du 2 août 2005 modifié relatif aux conditions de nomination et d'avancement des emplois fonctionnels des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée;

Vu le décret n° 2005-1095 du 1<sup>er</sup> septembre 2005 modifié relatif à l'évaluation des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (article 5);

Vu le décret n° 2012-562 du 24 avril 2012 relatif à certains emplois fonctionnels de direction dans la fonction publique hospitalière;

Vu le décret n° 2012-749 du 9 mai 2012 relatif à la prime de fonctions et de résultats des corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière;

Vu l'arrêté du 9 mai 2012 fixant les montants de référence de la prime de fonctions et de résultats applicables aux corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière;

Vu la circulaire DGOS/DGCS n° 2012-241 du 19 juin 2012 relative à la mise en œuvre de la prime de fonctions et de résultats pour les personnels des corps de direction de la fonction publique hospitalière.

**Objet: Décision d'attribution de la part fonctions de la PFR**

Nom-Prénom :

Corps :

Grade :

Fonction :

- est attributaire d'un logement par nécessité absolue de service.
- n'est pas attributaire d'un logement par nécessité absolue de service ou indemnisé à ce titre.

La cotation de l'emploi occupé est fixée à :

La variation de + 0,2 est attribuée en raison de :

La cotation totale de l'emploi occupé est fixée à :

Soit un montant annuel de la part fonctions de :

La présente décision prend effet à compter du :

La présente décision peut faire l'objet d'un recours gracieux ou d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent dans le délai de 2 mois à compter de sa notification.

Le

Nom :

Qualité :

Cachet/signature

MODÈLE DE DÉCISION D'ATTRIBUTION DE LA PART RÉSULTATS  
DE LA PFR ANNÉE 2015

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 7°) de la loi du 9 janvier 1986 modifiée;

Vu le décret n° 2005-922 du 2 août 2005 modifié relatif aux conditions de nomination et d'avancement des emplois fonctionnels des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée;

Vu le décret n° 2005-1095 du 1<sup>er</sup> septembre 2005 modifié relatif à l'évaluation des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (article 5);

Vu le décret n° 2012-562 du 24 avril 2012 relatif à certains emplois fonctionnels de direction dans la fonction publique hospitalière;

Vu le décret n° 2012-749 du 9 mai 2012 relatif à la prime de fonctions et de résultats des corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière;

Vu l'arrêté du 9 mai 2012 fixant les montants de référence de la prime de fonctions et de résultats applicables aux corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière;

Vu la circulaire DGOS/DGCS n° 2012-241 du 19 juin 2012 relative à la mise en œuvre de la prime de fonctions et de résultats pour les personnels des corps de direction de la fonction publique hospitalière;

Vu l'évaluation 2015 de l'intéressé(e);

**Objet: Décision d'attribution de la part résultats de la PFR:**

Nom-Prénom :

Corps :

Grade :

Fonction :

Le coefficient total de la part résultats de l'année 2015 (hors complément exceptionnel) était de :

Le coefficient d'évolution attribué au titre de l'année 2015 (compris entre 0 et 1) est de :

Le coefficient total de la part résultats est fixé pour l'année 2015 à :

Considérant la charge particulière d'activité assurée en 2015 en sus des missions habituelles, telle qu'elle ressort du rapport circonstancié et dument motivé annexé à la présente décision.

Il est attribué, pour l'année 2015, un versement exceptionnel dont le coefficient est fixé à :

Soit, un montant total de la part résultats de l'année 2015 :

(Rappel des sommes versées au cours de l'année 2015: .....€, au titre d'un complément exceptionnel attribué dans le cadre d'un intérim de direction d'une durée de .....mois)

La présente décision prend effet à compter du :

La présente décision peut faire l'objet :

- d'un recours gracieux auprès de l'évaluateur,
- d'un recours auprès du président de la commission administrative paritaire nationale compétente *via* la directrice générale du centre national de gestion dans un délai de 2 mois suivant la notification afin de préserver les délais du recours contentieux;
- d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent dans le délai de 2 mois suivant la notification de la décision administrative ou d'une décision de rejet suite à un recours gracieux ou hiérarchique.

Le

Nom :

Qualité :

Cachet / signature

197A6 – ANNEXE VI

| ETAPES DE L'ENTRETIEN D'EVALUATION - JOUR "J"  | DELAIS            |
|--|-------------------|
| <p><b>Convocation à l'entretien d'évaluation et transmission des documents à l'évalué(e)</b></p> <p>Pour les chefs d'établissement, avis du Président du Conseil de surveillance ou conseil d'administration et transmission à l'évalué(e)</p> | <p>J-15</p>       |
| <p>Retour par l'évalué(e) des documents à l'évaluateur</p>   | <p>J-7</p>        |
| <p><b>Entretien d'évaluation</b></p> <p>Information de l'évalué(e) sur la PFR</p>  | <p>Jour "J"</p>   |
| <p>Remise des documents signés par l'évaluateur à l'évalué(e)</p>  | <p>J+15</p>       |
| <p>Retour <b>dans les 7 jours</b> des documents signés par l'évalué(e) à l'évaluateur complétés éventuellement de ses observations</p>   | <p>←</p>          |
| <p>Transmission du support d'évaluation (original) au C.N.G. <b>au plus tard pour le 1er octobre 2015</b></p>  | <p>←</p>          |
| <p><b>Notification PFR à l'évalué(e)</b><br/><b>Copie au C.N.G.</b></p>  | <p>J + 1 mois</p> |

# SANTÉ

## ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

### Personnel

#### CNG

Centre national de gestion

Département de gestion des directeurs

Unité de gestion des directeurs d'hôpital  
et des directeurs des soins

**Note d'information CNG/DGD/UDH-DS n° 2015-198 du 12 juin 2015 relative à l'évaluation et à la prime de fonctions et de résultats des directeurs des soins des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière au titre de l'année 2015**

NOR : AFSN1514246N

*Date d'application* : immédiate.

Validée par le Comité national de pilotage le 12 juin 2015 (n° 35).

*Résumé* : évaluation et prime de fonctions et de résultats des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière des établissements relevant de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée.

*Mots clés* : entretien d'évaluation – évaluation des directeurs des soins – objectifs – régime indemnitaire – support d'évaluation.

*Références* :

- Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;
- Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 modifié portant statut particulier du corps de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière ;
- Décret n° 2005-1095 du 1<sup>er</sup> septembre 2005 modifié relatif à l'évaluation des personnels de direction et des directeurs des soins des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 modifiée ;
- Décret 2012-749 du 9 mai 2012 relatif à la prime de fonctions et de résultats des corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière ;
- Décret n° 2014-8 du 7 janvier 2014 relatif aux conditions de nomination et d'avancement dans les emplois fonctionnels de directeur des soins de certains établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;
- Arrêté du 1<sup>er</sup> septembre 2005 relatif aux modalités d'évaluation des personnels de direction et des directeurs des soins des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;
- Arrêté du 9 mai 2012 fixant les montants de référence de la prime de fonctions et de résultats applicables aux corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière ;
- Arrêté du 9 mai 2012 fixant la liste des indemnités relevant des exceptions prévues à l'article 7 du décret n° 2012-749 du 9 mai 2012 relatif à la prime de fonctions et de résultats des corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière ;
- Circulaire DGOS/DGCS n° 2012-241 du 19 juin 2012 relative à la mise en œuvre de la prime de fonctions et de résultats pour les personnels de direction de la fonction publique hospitalière.



*Annexes :*

- 198A1 – Annexe I. – Guide de l'évaluation.
- 198A2 – Annexe II. – Prime de fonctions et de résultats (PFR).
- 198A3 – Annexe III. – Foire aux questions les plus fréquemment posées.
- 198A4 – Annexe IV. – Support d'évaluation.
- 198A5 – Annexe V. – Modèles de notification.
- 198A6 – Annexe VI. – Process. – Entretien. – Évaluation.

*Plan de la note :*

- I. – Autorités compétentes.
- II. – Périodicité et mise en œuvre.
- III. – Recours.
- IV. – Bilan.
- V. – Retour des supports d'évaluation.

*La directrice générale à Mesdames et Messieurs les préfets de région ; Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour information et mise en œuvre).*

Le principe de l'évaluation des personnels de direction exerçant leurs fonctions dans les établissements relevant de l'article 2 (1<sup>o</sup> et 7<sup>o</sup>) de la loi du 9 janvier 1986 modifiée est régi par les textes visés en référence.

La présente note concerne l'ensemble des membres du corps des directeurs des soins, conformément à l'article 3 du décret n<sup>o</sup> 2005-1095 du 1<sup>er</sup> septembre 2005 modifié. Elle précise les modalités d'application des dispositions réglementaires.

Il est rappelé que les personnels détachés ou mis à disposition sont concernés par la présente note.

Elle comporte six annexes : l'annexe n<sup>o</sup> I est consacrée au guide de l'évaluation, l'annexe n<sup>o</sup> II à la prime de fonctions et de résultats (PFR), l'annexe n<sup>o</sup> III aux réponses aux questions les plus fréquemment posées, l'annexe n<sup>o</sup> IV au support de l'évaluation, l'annexe n<sup>o</sup> V aux modèles de notification de la PFR et l'annexe n<sup>o</sup> VI au process de l'entretien d'évaluation.

## I. – AUTORITÉS COMPÉTENTES

En application de l'article 65-2 de la loi n<sup>o</sup> 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée, de l'article 44 de la loi n<sup>o</sup> 2010-751 du 5 juillet 2010 et de l'article 2 du décret n<sup>o</sup> 2005-1095 du 1<sup>er</sup> septembre 2005 modifié, relatif à l'évaluation des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n<sup>o</sup> 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et du décret n<sup>o</sup> 2012-749 du 9 mai 2012 relatif à la prime de fonctions et de résultats des corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière, les autorités compétentes pour conduire les entretiens d'évaluation et déterminer le régime indemnitaire, sont :

- Le directeur, chef d'établissement ;
- sur délégation expresse, le chef d'établissement peut demander à un directeur adjoint ou à un coordonnateur général des soins ou d'instituts de formation ayant autorité sur des directeurs des soins de conduire leur entretien d'évaluation ;
- le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) pour les directeurs des soins exerçant les fonctions de conseiller technique et/ou de conseiller pédagogique mise à disposition des agences régionales de santé ;
- le ministère chargé de la santé (DGOS) pour ce qui concerne les conseillers techniques et/ou pédagogiques nationaux.

## II. – PÉRIODICITÉ ET MISE EN ŒUVRE

La périodicité retenue pour les entretiens d'évaluation est annuelle. Compte tenu de la nécessité d'analyser les résultats de l'année en cours et de fixer les objectifs des directeurs des soins au titre de l'année à venir, l'évaluation doit être réalisée, au plus tard, le 18 septembre 2015.

Il est rappelé qu'il s'agit d'une obligation réglementaire pouvant engager la responsabilité de l'évaluateur.

L'entretien d'évaluation se déroule sur la base de documents annexés à la présente note qui devront être transmis à l'ensemble des évaluateurs, par les directeurs généraux des agences régionales de santé (DGARS).

Pour permettre aux deux parties de préparer l'entretien d'évaluation, la date de celui-ci est fixée d'un commun accord et les documents de l'évaluation sont transmis au moins quinze jours à l'avance.

L'évalué(e) devra faire retour de ces documents au moins une semaine avant l'entretien d'évaluation.

L'entretien se déroule impérativement sans présence d'un tiers.

À l'issue de l'entretien d'évaluation, l'évaluateur indique au directeur des soins concerné le coefficient de la part liée aux résultats de la prime de fonctions et de résultats (PFR), qui doit nécessairement être en adéquation avec l'évaluation réalisée. Ce coefficient et le montant de la part liée aux résultats correspondant font impérativement l'objet d'une notification individuelle (suivant le modèle figurant en annexe V) transmise dans le délai d'un mois par l'évaluateur. Une copie est adressée au Centre national de gestion (CNG).

Font l'objet d'une évaluation, les directeurs des soins ayant exercé pendant au moins 6 mois au cours de l'année considérée.

Dans l'hypothèse où un changement de fonction ou d'affectation intervient au 1<sup>er</sup> juillet de l'année considérée, l'autorité en charge de l'évaluation est celle compétente pour les six premiers mois de l'année. Les objectifs pour l'année à venir seront fixés par le nouvel évaluateur.

Il est rappelé que l'évaluation ne doit pas porter sur la situation de l'établissement mais uniquement sur les compétences et le bilan de l'activité de l'évalué(e), au cours de la période considérée. À cet effet, il convient, d'une part, de dresser le bilan de l'année écoulée au regard des objectifs précédemment fixés et, d'autre part, de fixer à l'évalué(e) des objectifs clairs, précis et réalistes, pour l'année à venir.

De plus, pour les personnels remplissant les conditions d'accès au tableau d'avancement, il est indispensable de compléter la proposition d'inscription figurant sur la fiche C2 du support d'évaluation, en appuyant cette proposition (ou non-proposition) d'un avis motivé.

### III. – RECOURS

Le directeur des soins évalué, dès lors qu'il l'a signée, a la possibilité de demander une révision de son évaluation. La signature de celle-ci est impérative; elle signifie que l'évalué(e) a pris connaissance de son évaluation mais n'emporte pas accord sur son contenu.

Il peut également, dès qu'il en a eu notification, demander la révision de la part résultats de son régime indemnitaire.

Dans ce cas, l'évalué(e) présente, sans préjudice du recours gracieux, un recours devant la commission administrative paritaire nationale (CAPN), sous couvert de l'évaluateur.

Sa requête doit indiquer précisément les éléments d'appréciation dont la suppression ou la modification est demandée ou indiquer de façon motivée la réévaluation du coefficient demandé.

Elle doit être présentée dans les deux mois suivant la date de notification des supports d'évaluation et/ou de la notification de coefficient de la part résultats, à peine de forclusion, et formulée par lettre adressée au président de la CAPN sous couvert de l'évaluateur. Ce dernier transmet la demande au Centre national de gestion (département de gestion des directeurs – unité de gestion des directeurs d'hôpital et des directeurs des soins) après y avoir joint un rapport exposant les motifs sur lesquels il s'est fondé pour effectuer son évaluation.

Qu'il s'agisse d'un recours concernant l'évaluation, d'un recours concernant le coefficient de la part liée aux résultats ou enfin d'un recours concernant tant l'évaluation que le coefficient de la part liée aux résultats, l'évalué(e) est invité(e) à transmettre directement un double de sa demande au Centre national de gestion, département de gestion des directeurs, unité de gestion des directeurs d'hôpital et des directeurs des soins, afin de ne pas retarder le processus de saisine de l'instance paritaire. Ce dernier recevra alors un accusé de réception lui notifiant l'engagement du processus.

Le recours est présenté devant la CAPN correspondant à son grade, l'avis qu'elle a formulé est transmis à l'évaluateur qui doit notifier sa décision à l'évalué et l'informer des voies de recours. Une copie de cette notification est impérativement transmise au Centre national de gestion pour information de la CAPN.

Il est à noter que la part liée aux fonctions de la PFR ne peut faire l'objet d'un recours devant la CAPN. Néanmoins, elle peut faire l'objet d'un recours gracieux devant l'autorité compétente, voire d'un recours contentieux.

#### IV. – BILAN

Un bilan de la campagne d'évaluation et un bilan de l'attribution de la prime de fonctions et de résultats sont présentés au comité consultatif national.

Dans cette perspective les chefs d'établissement seront saisis par la cellule Statistiques du Centre national de gestion de façon à permettre la transmission des bilans dans le format souhaité, et ce au plus tard, avant le 31 mai de l'année N + 1.

Ces bilans sont portés à la connaissance des évaluateurs.

#### V. – RETOUR DES SUPPORTS D'ÉVALUATION

Les supports d'évaluation finalisés et signés (dossier CNG) devront être transmis exclusivement par voie postale à l'adresse suivante :

Centre national de gestion  
Département de gestion des directeurs  
Unité de gestion des directeurs d'hôpital et des directeurs des soins  
21B, rue Leblanc, 75015 Paris,

accompagnés d'une copie des notifications des montants de la part liée aux fonctions et aux résultats pour l'année considérée.

L'évaluation ayant été réalisée au plus tard avant le 18 septembre de l'année 2015, chaque évaluateur, compte tenu des éventuels recours qui peuvent intervenir devant la CAPN doit renvoyer expressément les supports d'évaluation (fiches A, A1, B1, B2, C1, et C2) et les notifications de la PFR pour le 1<sup>er</sup> octobre 2015 dernier délai.

À cet égard, j'appelle notamment votre attention sur la nécessité de disposer de ces éléments impérativement afin de permettre au CNG de préparer entre autres, le tableau d'avancement à la hors classe pour l'année 2016 (sur la base des éléments contenus dans la fiche C2), qui doit être présenté, pour avis, à la CAPN avant le 31 décembre 2015. Ils permettent également d'assurer la bonne gestion des carrières des intéressés en vue des mobilités futures ou de repositionnement professionnel.

Vous voudrez bien m'informer des difficultés rencontrées à l'occasion de la mise en œuvre de la présente note.

*La directrice générale  
du Centre national de gestion,  
D. TOUPILLIER*

198A1 – ANNEXE I

GUIDE DE L'ÉVALUATION

I. – OBJECTIFS ET PRINCIPES GÉNÉRAUX

L'évaluation vise à apprécier la valeur professionnelle du directeur des soins dans l'emploi qu'il occupe. Trois objectifs sont essentiellement recherchés lors de la mise en œuvre de l'évaluation :

- l'appréciation des résultats annuels constatés en fonction d'objectifs convenus antérieurement et, à cette occasion, la détermination précise des compétences et des qualités professionnelles du personnel évalué, compte tenu de la complexité du contexte professionnel de l'établissement;
- la détermination et la fixation des objectifs à atteindre, pour l'année à venir, après discussion avec l'évalué(e);
- l'objectif de conseiller, orienter et accompagner le professionnel en fonction de ses intérêts et compétences et des besoins de l'institution qui l'emploie, et de ses perspectives d'évolution professionnelle.

L'évaluation s'appuie donc sur la valorisation individuelle du directeur des soins tout au long de sa carrière pour tendre vers une gestion des emplois et des compétences plus dynamique. Elle constitue un outil de communication et de gestion qui implique à la fois l'évaluateur et l'évalué(e).

L'évaluateur peut, dans ce cadre, apprécier notamment au travers des entretiens individuels qu'il mène, les qualités professionnelles des directeurs des soins, leur efficacité et leurs motivations. Il prend en compte leurs attentes dans le souci d'une adéquation réussie entre leurs compétences et le profil du poste occupé. À cette occasion, il peut détecter les capacités de l'évalué(e) à évoluer vers d'autres fonctions et/ou d'autres métiers.

C'est, par ailleurs, lors de l'entretien d'évaluation, que l'évaluateur détermine les capacités de l'évalué(e) à être promu(e) au grade supérieur.

L'évaluation doit donc porter non sur la situation de l'établissement mais sur la gestion du directeur des soins et sur la part revenant à sa gestion dans la situation, bonne ou mauvaise de la structure. Il importe donc que soient fixés aux directeurs des soins, des objectifs clairs et réalisables dans le contexte, permettant d'en évaluer le bilan en fin d'exercice.

L'évalué(e) a la possibilité de s'exprimer de manière approfondie dans un cadre formalisé.

L'évaluation doit lui permettre de mesurer ses aptitudes, ses compétences et ses potentiels afin de les améliorer de manière continue. Elle le rend plus impliqué dans les modalités et l'accomplissement de ses missions. Elle permet de garder la trace des missions réalisées. Elle est un point d'appui pour son orientation et son évolution professionnelle. Elle doit être également l'occasion pour l'évaluateur d'accompagner le directeur des soins évalué dans cette évolution.

L'évaluation présente l'intérêt pour tous les directeurs des soins d'apprécier de manière objective le contexte dans lequel ils accomplissent leurs missions, dans le respect d'objectifs individuels et collectifs s'inscrivant dans la politique menée par l'établissement. C'est donc bien le directeur des soins qui est évalué au travers de sa contribution professionnelle et de son engagement personnel, et non l'établissement au sein duquel il exerce.

L'évaluation doit être sincère et menée avec un grand souci d'objectivité. L'évaluateur est lui-même évalué sur la manière dont il conduit l'évaluation des directeurs des soins qui relèvent de son autorité.

II. – DÉROULEMENT DE L'ENTRETIEN D'ÉVALUATION

L'entretien d'évaluation doit se concevoir comme un moyen d'expression reposant sur une écoute réciproque et constructive et se situant dans un climat de confiance et de respect mutuel.

À cet effet, le nom, la qualité et la signature lisibles de l'évaluateur doivent impérativement figurer sur le support d'évaluation transmis au Centre national de gestion (CNG). Sur ce support, doit obligatoirement figurer la signature du directeur des soins évalué, attestant qu'il en a pris connaissance.

Il est également rappelé que l'entretien doit se dérouler sans la présence d'un tiers.

L'entretien d'évaluation du directeur des soins porte sur :

- les résultats professionnels obtenus au cours de l'année au regard d'une part, des objectifs annuels qui lui ont été assignés l'année précédente, en tenant compte des missions pluriannuelles, et d'autre part des moyens mis à sa disposition et des conditions d'organisation et de fonctionnement de l'établissement ;
- la détermination des objectifs annuels à atteindre pour l'année à venir en tenant compte des missions pluriannuelles ;
- ses besoins de formation compte tenu notamment de l'évolution de ses missions ;
- ses perspectives professionnelles en termes de carrière et de mobilité pour les deux prochaines années.

Lors de cet entretien, le coefficient de la part résultats doit être communiqué à l'évalué(e). Ce coefficient ainsi que le montant de la part résultats sont notifiés dans un délai d'un mois, à l'évalué(e), suivant le modèle fourni en annexe V.

### III. – MÉTHODOLOGIE DE L'ENTRETIEN D'ÉVALUATION

#### 3.1. *Le contenu du dossier d'évaluation*

Il s'appuie sur deux documents :

- le dossier «établissement» qui comprend les fiches 1 et 2. Elles concernent le bilan de l'année passée et les objectifs pour l'année à venir. Elles servent à préparer l'entretien d'évaluation de l'année suivante. Ces fiches sont conservées par l'évaluateur et l'évalué(e). Elles peuvent être produites, le cas échéant, lors d'un recours devant la commission administrative paritaire nationale ;
- le dossier «CNG» qui regroupe les fiches A, A1, B1, B2, C1 et C2. Elles constituent le compte rendu d'évaluation. Une copie de celles-ci est conservée par l'évaluateur et l'évalué(e). L'original est transmis au CNG pour classement dans le dossier administratif de l'intéressé(e).

#### 3.2. *Description du poste occupé par l'agent et principales actions menées au cours de la période évalué(e)*

Ces rubriques sont remplies par l'évaluateur de façon précise et concise. Elles permettent de situer le directeur des soins dans l'emploi qui lui est confié et constituent un élément d'aide à la définition de son degré de responsabilités dans l'accomplissement des missions de l'établissement.

Elles permettent également de mettre en perspective son activité et son environnement de travail, les moyens qui lui sont alloués et donc, d'objectiver les conditions dans lesquelles il a exercé ses missions pour l'année écoulée.

Il est particulièrement appelé votre attention sur la définition des fonctions des directeurs d'institut(s) de formation.

Il est à souligner que les fonctions indiquées dans le support d'évaluation doivent avoir fait l'objet d'une décision de nomination figurant au dossier administratif de l'agent.

#### 3.3. *L'évaluation des résultats professionnels*

L'évaluateur doit apprécier les résultats atteints, les réussites ou les insuffisances ainsi que les raisons qui sont à l'origine des éventuels écarts avec les résultats attendus. Ces derniers sont ceux définis au regard des objectifs fixés pour l'année en cours lors de l'entretien de l'année précédente.

#### 3.4. *La détermination des objectifs de l'année à venir*

Le directeur des soins se voit fixer des objectifs annuels qui se situent dans le cadre des objectifs de l'établissement. Il est indispensable qu'il replace son activité dans les politiques menées par l'établissement afin de lui permettre de prendre la mesure de son action et de son positionnement dans l'établissement compte tenu de la complexité du contexte qui le caractérise. Il s'agit là d'une démarche fondamentale de gestion des ressources humaines.

Les objectifs annuels assignés doivent être clairs et réalistes, c'est-à-dire :

- mesurables : les résultats seront quantifiables (indicateurs) ou observables (compétences) ;
- accessibles : tant en terme de niveau de responsabilités, de compétences, que de moyens attribués ;
- discutés : ils ne sont pas juridiquement et statutairement négociés. Ils résultent d'un échange entre l'évaluateur et l'évalué(e) ;

- réalisables: en terme de délais, de calendrier de mise en œuvre et de modalités d'évaluation, des moyens mis à disposition et du contexte de l'établissement.

Ces objectifs s'articulent autour des missions principales confiées. Ils concernent les priorités d'action pour l'année à venir, l'évolution éventuelle des fonctions, des attributions, ou des tâches du directeur des soins et les résultats qu'il lui est demandé d'atteindre. Ils peuvent aussi inclure des objectifs d'amélioration de l'activité.

### 3.5. *Souhaits d'évolution professionnelle et/ou de mobilité*

L'évalué(e) indique ses vœux d'évolution professionnelle et/ou de mobilité pour les deux prochaines années. Cependant l'expression de desiderata de mobilité géographique du directeur des soins dans le support d'évaluation ne se substitue pas aux procédures existant en matière de mutation des directeurs des soins.

L'évaluateur peut apprécier les qualités professionnelles dominantes de l'évalué(e) et formuler les appréciations et conseils qui lui semblent utiles.

Pour autant, la mobilité ne doit pas avoir, pour l'évalué(e), un caractère pénalisant dans la procédure d'évaluation et dans l'attribution du coefficient de sa part liée aux résultats et pour la proposition au grade d'avancement.

Il définit avec l'intéressé(e), de manière précise, les fonctions qu'il doit exercer de façon à procéder à un rapprochement avec les compétences qu'il a acquises du fait de son expérience passée et avec celles qui lui seront nécessaires pour son évolution professionnelle.

À cette occasion, l'évaluateur se doit également d'identifier les points sur lesquels il lui paraît utile que le directeur des soins renforce particulièrement son effort. Il s'agit ainsi de déceler les compétences qui pourraient être développées.

L'évaluateur doit veiller à ce que les objectifs fixés soient accessibles au directeur des soins et ne relèvent pas de décisions appartenant à d'autres en la matière.

Pour cela, il doit prendre en compte l'organisation de l'établissement, le champ d'intervention de son collaborateur, la définition de son degré de responsabilité, l'environnement matériel et logistique, etc.

### 3.6. *Observations éventuelles du directeur des soins sur la conduite de l'entretien*

L'évalué(e) peut, s'il l'estime nécessaire, compléter le support d'évaluation par ses observations sur la conduite de l'entretien et son contenu.

L'ensemble des rubriques de commentaires et observations du directeur des soins évalué est au besoin renseigné de façon manuscrite après que l'évaluateur, ayant rempli l'ensemble des autres rubriques, lui aura remis, dans un délai qui ne peut pas excéder 1 mois, le compte rendu qu'il aura lui-même signé (ou contresigné dans le cas où la conduite de l'entretien a été déléguée).

Le directeur des soins dispose d'un délai de 7 jours ouvrés et hors congés de toute nature à compter de la remise du document, afin de le signer pour attester qu'il en a pris connaissance et qu'il a bien bénéficié du temps requis pour formuler ses remarques éventuelles. Il n'est donc pas tenu de signer le compte rendu d'entretien dès sa remise par l'évaluateur.

À la fin de l'entretien, un moment privilégié doit être réservé à l'évalué(e) pour lui permettre d'exprimer ses perspectives et ses attentes professionnelles dans sa relation avec l'évaluateur.

Lorsque le document a été signé par l'évaluateur et l'évalué(e), chacun en garde une copie. Le dossier CNG original (fiches A, A1, B1, B2, C1 et C2) ainsi que les notifications de parts liées aux fonctions et aux résultats sont transmis au CNG pour classement dans le dossier administratif de l'intéressé(e).

### 3.7. *Mobilité ou affectation en cours d'année*

Il est rappelé que sont évalués les directeurs des soins qui ont exercé au moins 6 mois au cours de l'année considérée.

Dans l'hypothèse où un changement de fonction ou d'affectation intervient au 1<sup>er</sup> juillet de l'année *N*, l'autorité en charge de l'évaluation est celle qui était compétente pour les six premiers mois de l'année.

Dans le cas où un directeur des soins quitte son poste en cours d'année, celui-ci est évalué au titre de l'établissement où sa durée d'affectation a été la plus longue.

Dans le cas où un directeur des soins a exercé sur une période inférieure à 6 mois, parce qu'il quitte provisoirement ou définitivement le corps (détachement, mise à disposition, départ à la retraite), il convient de déterminer un coefficient de part résultats au prorata du temps d'activité



dans son établissement. Pour un personnel arrivant nouvellement dans le corps, il revient à l'autorité en charge de l'évaluation de fixer des objectifs et de déterminer un coefficient de part résultats de la prime de fonctions et de résultats, au prorata du temps d'activité dans son établissement.

En cas de mobilisation des jours placés au compte épargne-temps, l'évalué conserve le régime indemnitaire, même si son absence précède un départ, notamment en retraite, tant pour la part relative aux fonctions que pour la part résultats.

Dans l'hypothèse d'un changement d'affectation de l'évaluateur, il appartient à la nouvelle autorité compétente de procéder à l'évaluation et s'il le souhaite de se rapprocher de l'ancien évaluateur.

Dans le cas où un directeur des soins ne peut être évalué (activité de moins de 6 mois), il appartient à l'évaluateur d'apprécier les objectifs atteints et les résultats obtenus afin de déterminer un coefficient de part résultats au vu de son temps de présence. Il en va de même pour un personnel arrivant nouvellement dans le corps.

### 3.8. Conséquences de l'évaluation sur le régime indemnitaire

La fixation de la part liée aux résultats allouée aux directeurs des soins doit être en parfaite adéquation avec l'évaluation de ces derniers.

La cotation de cette part liée aux résultats et son montant correspondant doivent impérativement être communiqués à l'évalué(e) à l'issue de l'entretien d'évaluation et confirmés par une notification (cf. modèle joint en annexe n°V) dans le délai d'un mois par l'évaluateur, une copie de la notification étant systématiquement communiquée au CNG avec le dossier d'évaluation.

La part liée aux résultats peut comprendre, au titre d'une année, le versement d'une attribution annuelle exceptionnelle, non reconductible automatiquement d'une année sur l'autre.

### 3.9. Proposition d'inscription au tableau d'avancement

Les conditions d'ancienneté et de mobilité requises pour bénéficier d'un avancement de grade (hors classe) sont régies par l'article 19 du décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 modifié portant statut particulier du corps de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière. Celles-ci sont les suivantes :

- avoir atteint le 4<sup>e</sup> échelon du grade de la classe normale et justifier de cinq années de services effectifs dans le corps (l'année de formation à l'École nationale des hautes études en santé publique est prise en compte dans l'ancienneté pour l'avancement de grade);
- avoir accompli depuis leur nomination dans le corps des directeurs des soins ou dans celui de cadre de santé ou de cadre de santé paramédical, au moins une mobilité d'une durée supérieure à 12 mois :
- soit, au titre d'un changement d'établissement au sens de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée;

Les périodes accomplies soit en situation de mise à disposition, soit en position de détachement ou de disponibilité, d'une quotité au moins égale à 50 %, sont considérées, après avis de la commission administrative paritaire nationale, comme un changement d'établissement lorsqu'elles ont donné lieu à l'exercice d'une activité professionnelle correspondant aux missions des directeurs des soins mentionnées à l'article 3;

- soit au titre de la mobilité fonctionnelle;

Dans le corps des directeurs des soins, la mobilité fonctionnelle doit s'accomplir entre les fonctions mentionnées à l'article 3 à l'exception de celles consistant en missions, études ou coordination d'études.

Au sein des corps de cadres de santé et de cadres de santé paramédicaux, la mobilité fonctionnelle doit avoir respectivement été accomplie entre les fonctions mentionnées au 1<sup>o</sup> et au 3<sup>o</sup> des articles 4 et 5 du décret du 31 décembre 2001 ou entre les fonctions mentionnées au 1<sup>o</sup> et au 3<sup>o</sup> des articles 3 et 4 du décret du 26 décembre 2012.

Les directeurs des soins qui sont membres, lors de sa constitution, d'une direction commune sont considérés comme ayant effectué une mobilité fonctionnelle. Cette mobilité est attestée par le directeur d'un des établissements faisant l'objet d'une direction commune. Cette disposition s'applique également aux directeurs des soins affectés dans un établissement faisant l'objet d'une fusion avec un autre établissement mentionné à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986.

Les directeurs des soins qui remplissent ces conditions statutaires, doivent, pour être inscrits au tableau d'avancement, faire l'objet d'une proposition d'inscription et d'une évaluation en cohérence avec cette proposition d'inscription.

La proposition d'inscription ou de non-inscription doit impérativement être motivée par l'évaluateur.

#### IV. – CAS PARTICULIER DES DIRECTEURS DES SOINS MIS À DISPOSITION DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ (ARS) OU DU MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

En ce qui concerne, les directeurs des soins mis à disposition des agences régionales de santé (ARS) ou du ministère chargé de la santé en qualité de conseillers techniques ou pédagogiques régionaux ou nationaux, il appartient à l'ARS ou au ministère chargé de la santé de mener la procédure d'évaluation et de fixer la prime de fonctions et de résultats et de la notifier à l'établissement de rattachement des intéressés.

Une copie de l'ensemble de ces documents est impérativement transmise au CNG.



198A2 – ANNEXE II

PRIME DE FONCTIONS ET DE RÉSULTATS (PFR)

La prime de fonctions et de résultats se décompose en deux parts, l'une tenant compte des responsabilités, du niveau d'expertise et des sujétions liées aux fonctions exercées, « part fonctions », l'autre tenant compte des résultats de la procédure d'évaluation individuelle et de la manière de servir « part résultats ».

Ces deux parts sont cumulables et modulables indépendamment l'une de l'autre par application de coefficients multiplicateurs aux montants annuels de référence fixés par arrêté du 9 mai 2012 (publié au *Journal officiel* du 10 mai 2012).

La circulaire DGOS/DGCS n° 2012-241 du 19 juin 2012 relative à la mise en œuvre de la prime de fonctions et de résultats pour les personnels des corps de direction de la fonction publique hospitalière détermine le barème des plafonds indemnitaires (plafonds de la part fonctions, de la part résultats et de l'attribution exceptionnelle), ainsi que les cotations des fonctions exercées par les directeurs des soins.

La présente annexe a pour finalité d'explicitier les modalités de calcul de la prime de fonctions et de résultats.

Attention: Les directeurs des soins qui, avant la parution du décret n° 2014-7 du 7 janvier 2014 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière, étaient sur échelon fonctionnel ont été classés directeurs des soins hors classe et ne sont pas détachés sur un emploi fonctionnel, conservent, à titre personnel et tant qu'ils y ont intérêt, leur niveau de PFR, dans l'attente de la publication des nouveaux textes correspondants.

I. – MODALITÉS D'ATTRIBUTION ET DE VERSEMENT DE LA PFR

La prime de fonctions et de résultats est composée d'une part liée aux fonctions et d'une part liée aux résultats dont les montants varient selon la classe et l'emploi détenu par le bénéficiaire et les fonctions exercées.

1.1. *Les composantes de la prime de fonctions et de résultats*

La part liée aux fonctions exercées dite « part fonctions »

Les emplois de directeurs des soins doivent d'abord faire l'objet d'une cotation de fonctions selon le barème défini dans l'annexe II-C de la circulaire DGOS/DGCS n° 2012-241 du 19 juin 2012.

Pour les directeurs des soins bénéficiant de l'application de l'une des dispositions du décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010 modifié (agent bénéficiant d'un logement de fonction ou d'une indemnité compensatrice de logement), le coefficient est compris entre 1 et 3, selon le barème figurant dans l'annexe II-C de la circulaire DGOS/DGCS n° 2012-241 du 19 juin 2012. Dans les autres cas, les directeurs qui ne sont pas logés (notamment pour les directeurs des soins mis à disposition), la cotation de l'emploi pour la part liée aux fonctions est comprise entre 1 et 4. L'annexe II-C précise que dans ce dernier cas la cotation est établie soit à 3,8, soit à 4.

Un même emploi a deux cotations selon le grade de l'agent qui l'occupe ou peut l'occuper.

Cette cotation a vocation à rester stable tant que l'agent occupe les mêmes fonctions mais peut être modifiée en cours d'année en cas de changement de grade, ou en cas d'exercice de fonctions différentes qui conduit à l'évolution de la cotation de l'emploi occupé.

La cotation de la part fonctions fait l'objet d'une notification individuelle (selon le modèle figurant en annexe V) communiquée au directeur des soins concerné et au centre national de gestion (CNG). Toute modification de la cotation (changement de grade, modification de l'organigramme et des responsabilités liées au poste...) doit également être communiquée préalablement et faire l'objet d'une notification individuelle dans les mêmes formes.

Cette ou ces cotations doivent impérativement figurer sur la 1<sup>re</sup> page du support d'évaluation et sur la fiche de poste.

Il est recommandé de verser selon une périodicité mensuelle la part relative aux fonctions, correspondante à l'année en cours.

### La part liée aux résultats

Les modalités de détermination de la part liée aux résultats figurent dans l'annexe III-C de la circulaire DGOS/DGCS n° 2012-241 du 19 juin 2012.

Les montants individuels sont arrêtés en fonction de l'atteinte des objectifs fixés et de la manière de servir, appréciés au terme de l'évaluation.

Le montant de la part liée aux résultats est déterminé par l'autorité ayant pouvoir d'évaluation au sens du décret portant dispositions relatives à l'évaluation des personnels précités, à savoir le chef d'établissement. Le directeur peut demander à un directeur adjoint ou à un coordonnateur général des soins ou d'instituts de formation ayant autorité sur le directeur des soins de conduire l'entretien d'évaluation.

La part résultats a vocation à être maintenue ou ajustée, à la baisse ou à la hausse, pour tenir compte des résultats de l'évaluation au titre de l'année 2015.

Au titre de l'année 2015, le montant de la part résultats aura pour base le coefficient alloué au titre de l'année 2014 (versement exceptionnel non compris).

La modulation de la part liée aux résultats doit être en parfaite adéquation avec l'évaluation de l'année. Elle intègre l'atteinte ou non par le fonctionnaire des objectifs qui lui ont été fixés.

Aucune progression annuelle ne peut être supérieure au montant unitaire d'une part liée aux résultats. Toute diminution du montant individuel de la part liée aux résultats ne peut pas représenter plus de la valeur unitaire d'une part. Elle doit être systématiquement assortie d'un rapport dûment circonstancié et motivé. La modulation annuelle de la part résultats est fixée par coefficient établi compris entre - 1 et + 1 avec décimale (1 chiffre maximum).

Une attention toute particulière sera portée sur l'évolution de la part résultats d'une année sur l'autre. Le montant déterminé n'a pas vocation à être reconduit d'année en année ou à faire l'objet d'une évolution prédéterminée. Il importe qu'il y ait une grande cohérence entre l'appréciation que l'évaluateur fait du travail accompli par l'agent et le montant alloué au titre de la part liée aux résultats.

Au total, le coefficient de la part liée aux résultats est compris entre 0 et 6 (versement exceptionnel compris), déterminé par nombre entier ou avec décimale (1 chiffre maximum) entre le plancher et le plafond ainsi définis.

La mobilité ne doit pas être, pour l'évalué(e), un critère pénalisant dans la procédure d'évaluation et dans l'attribution du montant de la part liée aux résultats.

Chaque directeur des soins se verra communiquer le coefficient attribué et le montant calculé à l'issue de l'entretien d'évaluation. Ce coefficient et ce montant lui seront notifiés par écrit au plus tard dans le délai d'un mois, suivant le modèle de notification de l'annexe V.

La part liée aux résultats est versée au plus tard à la fin du premier trimestre de l'année civile suivant celle correspondant au service fait par le directeur des soins, soit le 31 mars 2016.

### L'attribution d'un complément exceptionnel

L'attribution d'un complément exceptionnel de la part liée aux résultats peut également reconnaître des efforts particuliers liés, notamment, à un surcroît conjoncturel d'activités.

L'attribution exceptionnelle, d'un montant de la valeur unitaire d'une part maximum, a vocation à reconnaître financièrement la charge particulière d'activités et/ou de résultats très remarquables d'un directeur des soins en sus de ses missions habituelles et/ou au-delà des objectifs et des résultats obtenus (période d'intérim, conduite de projet d'une coopération particulièrement complexe, compensation d'une charge de travail supplémentaire significative et anormalement lourde...). L'évaluateur doit, en conséquence, produire un rapport annexé à la fiche d'évaluation quel que soit le montant attribué.

À l'appréciation de l'évaluateur, le versement peut dépasser de manière très exceptionnelle la valeur d'une part. Dans ce cas, un rapport circonstancié et dûment motivé devra être produit.

Il est précisé que le montant fixé au titre de l'attribution exceptionnelle en complément de la part liée aux résultats individuels est pris en compte dans la limite du plafond de la part résultats de l'année au cours de laquelle elle est versée.

Le complément exceptionnel n'est pas reconductible automatiquement d'une année sur l'autre. Cette attribution exceptionnelle fait également l'objet d'une notification individuelle dans les mêmes formes.

1.2. *Les abattements devant être pris en compte pour le calcul de la prime de fonctions et de résultats*

Cf. annexe n° III-C de la circulaire DGOS/DGCS n° 2012-241 du 19 juin 2012.

II. – LES CRITÈRES D'ÉVALUATION À PRENDRE EN COMPTE POUR LA DÉTERMINATION DU COEFFICIENT DE LA PART RÉSULTATS

Qu'il s'agisse de l'évaluateur ou de l'évalué(e), il est important que l'un ou l'autre connaisse les critères objectifs de la modulation de la part liée aux résultats.

Deux considérations sont à croiser avec les critères figurant dans la fiche d'évaluation au regard des fonctions (directeurs des soins en établissement, chargés d'une direction fonctionnelle ou en institut), à savoir :

- les résultats obtenus dans ses activités de stratégie ;
- les résultats obtenus dans sa pratique managériale.

**La grille d'évaluation liée aux résultats obtenus**

Pour permettre une harmonisation des critères objectifs de la modulation de la part liée aux résultats sur l'ensemble du territoire, une grille type est proposée dont chaque directeur évalué doit avoir pris connaissance préalablement à l'entretien.

Le montant de la part liée aux résultats doit être en parfaite adéquation avec l'évaluation de l'année, en rappelant que toute baisse doit être justifiée par un rapport circonstancié et motivé remis au directeur concerné.

*Le directeur des soins en établissement*

|  |      |
|--|------|
| Résultats obtenus dans ses activités de stratégie  | 50 % |
| Assistance et conseils au chef d'établissement sur les choix stratégiques, notamment quant à la politique de soins en cohérence avec les besoins des territoires au sein du PRS ;<br>Contribution au projet d'établissement, notamment dans la définition du projet de soins en articulation avec le projet médical : élaboration, suivi, évaluation et communication interne ;<br>Contribution à la conception, à l'organisation et à l'évolution des structures et des activités de soins ;<br>Participation à la négociation des contrats de pôles ;<br>Animation de la CSIRMT ;<br>Développement des pratiques innovantes et de la recherche en soins.                       |      |
| Résultats obtenus dans sa pratique managériale   | 50 % |
| Animation et coordination d'activités et de projets ou de missions liées à la conduite du changement, notamment la mise en œuvre opérationnelle du projet de soins dans les pôles ;<br>Animation et coordination des activités des cadres soignants, médico techniques et de rééducation, évaluation de leurs résultats ;<br>Conseil et accompagnement des chefs de pôles dans le respect des délégations de gestion ;<br>Pilotage des études et analyse des facteurs de risques et de succès des principaux projets ;<br>Organisation de la gestion participative du changement ;<br>Répartition des ressources en soins entre les pôles et gestion des moyens de remplacement. |      |

*Le directeur des soins chargé d'une direction fonctionnelle*

|  |      |
|--|------|
| Résultats obtenus dans ses activités de stratégie  | 50 % |
| Assistance et conseils au chef d'établissement sur les choix stratégiques ;<br>Contribution au projet d'établissement ;<br>Prise en charge de l'élaboration et du suivi d'une ou plusieurs composantes du projet d'établissement ; |      |

|  |      |
|--|------|
| Communication interne des projets pris en charge;<br>Animation des instances internes ou externes.   |      |
| Résultats obtenus dans sa pratique managériale   | 50 % |
| Animation et coordination d'activités et de projets ou de missions liées à la conduite du changement;<br>Management des équipes, notamment d'encadrement;<br>Pilotage des études et analyse des facteurs de risques et de succès des principaux projets;<br>Organisation de la gestion participative du changement;<br>Définition des plannings et des tableaux de bord ou les indicateurs de suivi. |      |

*Le directeur des soins en institut*

|  |      |
|--|------|
| Résultats obtenus dans ses activités de stratégie  | 50 % |
| Assistance et conseils au chef d'établissement sur les choix stratégiques, notamment quant à la politique de formation sanitaire en cohérence avec le schéma régional des formations sanitaires et sociales;<br>Participation au GCS-Institut de formation;<br>Proposition du projet de(s) l'institut(s), en lien avec le projet de soins et le schéma régional des formations sanitaires et sociales: élaboration, suivi, évaluation et communication interne;<br>Relation avec les partenaires extérieurs impliqués dans la politique de formation: ARS, DRJSCS, universités et conseil régional (contribution au schéma régional, discussion budgétaire...);<br>Communication et information des publics concernés sur les métiers et la formation. |      |
| Résultats obtenus dans sa pratique managériale   | 50 % |
| Organisation, fonctionnement et gestion de(s) institut(s): organisation interne, gestion des ressources humaines et physiques, gestion budgétaire dans le cadre de sa délégation;<br>Conception dans un cadre concerté, mise en œuvre, contrôle et évaluation du projet pédagogique;<br>Animation de l'équipe pédagogique;<br>Organisation et conduite du conseil pédagogique et /ou technique;<br>Organisation et mise en œuvre des épreuves de sélection;<br>Gestion des étudiants et de la vie étudiante: accueil, information, mise à disposition des ressources pédagogiques et de recherche, traitement des situations individuelles...  |      |

198A3 – ANNEXE III

RÉPONSES AUX QUESTIONS LES PLUS FRÉQUEMMENT  
POSÉES - CORPS DES DH – D3S – DS

*Cette annexe est régulièrement actualisée, vous pouvez la retrouver sur notre site internet:  
<http://www.cng.sante.fr>*

TABLE DES MATIÈRES

**1. Part fonctions**

- Qui fixe la part fonctions ?
- La variation de +0,2 de la PF est-elle possible pour tous les directeurs adjoints exerçant au sein d'une direction commune ?
- Que doit-on entendre lorsque l'on parle «d'exercice multi sites» pour la variation possible de + 0.2 pour les adjoints: entité juridique ou situation géographique ?
- Dans le cadre d'une cotation de part fonctions avec une variation de +0,2 et si le directeur n'a ni logement (dans le patrimoine de l'établissement ou mise à disposition), ni indemnité compensatrice de logement, le coefficient est-il multiplié par 2 ?
- Faut-il doubler les points de cotation de la part fonctions lorsque le directeur refuse le logement de fonctions et que, par conséquent, l'établissement ne veut pas lui verser d'indemnité de logement ?
- Cotation de la PF pour les fonctionnaires conjoints, liés par un PACS ou concubins: (DH ou D3S ou DS).
- Selon quels critères un chef d'établissement est-il amené à notifier pour ses adjoints les cotations de 2,5 ou 2,7 pour les directeurs HC, les cotations de 2,4 ou 2,6 pour les directeurs CN ?
- Dans quelles situations la cotation de la part fonctions a-t-elle vocation à être modifiée ?
- En cas de mutation, comment est-on informé de la cotation d'un emploi de chef ou d'adjoint ? La cotation de l'emploi peut-elle varier à l'occasion de la vacance de celui-ci ?
- La cotation de la part fonctions est-elle liée à la procédure d'évaluation ?
- Lors d'une demande de publication de poste, un chef d'établissement est-il obligé de mentionner la cotation d'emploi à la fois pour les directeurs HC et les directeurs CN ?

**2. PFR et nomination dans le corps, changement de grade, changement de fonction, changement d'établissement**

- Nomination dans le corps (élèves) DH – D3S
- Nomination dans le corps (élèves) DS
- Nomination *via* le tour extérieur ou prise en charge par voie de détachement ou intégration directe
- En cas de changement de grade
- En cas de changement de fonction
- Quel établissement doit verser la PFR lorsqu'un directeur change d'établissement en cours d'année

**3. PFR et personnels de direction mis à disposition**

- Les mises à disposition auprès de la DGOS
- Les mises à disposition auprès d'autres établissements de santé ou autres administrations ou organismes

**4. PFR et personnels placés en recherche d'affectation**

**5. PFR et congés divers/temps partiel**

- Congés annuels, congé de maternité-paternité, congés de maladie pour raisons reconnues imputables au service
- Congé de formation professionnelle

- RTT et / ou CET
- Congés maladie ordinaire, congés longue durée / congés longue maladie
- Congé pour maladie professionnelle/accident de travail et de trajet
- Temps partiel

**6. PFR et réintégration dans le corps**

- Après un détachement
- Après une disponibilité
- Après un congé parental
- Après une mise à disposition

**7. PFR et indemnité d'intérim**

- Indemnité d'intérim (intérim en cours au 9 mai 2012)
- Intérim nouveau (après le 9 mai 2012)
- Quel est le montant de l'indemnité forfaitaire mensuelle ?
- Sur quels cotations et montants de référence se baser pour la PFR d'un directeur adjoint effectuant l'intérim de direction de son propre ou d'un autre établissement ? Quelle est l'autorité en charge de la notification de sa PFR ? Comment est valorisé son intérim ?
- Sur quel(s) budget(s) pèsent le versement exceptionnel et l'indemnité forfaitaire mensuelle lors d'un intérim ?
- Au cours d'un intérim commencé avant le 9 mai 2012, en cas de changement de l'intérimaire, quel régime s'applique ?
- Que perçoit le directeur d'un établissement amené à faire l'intérim d'une direction commune ?
- Dans le cadre du versement de l'indemnité forfaitaire mensuelle, quel(s) est (sont) l'(les) établissement(s) à prendre en considération pour la détermination du montant ?

**8. PFR et versement exceptionnel**

**9. PFR et emploi/Echelon fonctionnel**

- Sur quels cotations et montants de référence se base-t-on pour attribuer la PFR des directeurs à la tête d'un établissement « échelon fonctionnel » ou « emploi fonctionnel » alors qu'ils ne remplissent pas les conditions pour les avoir ?
- Cotation des chefs d'établissement sur emplois fonctionnels (DH)

**10. Questions diverses**

- La part résultats de l'année considérée peut-elle être diminuée par rapport à la part résultats de l'année précédente ?
- Pour les établissements non dotés de la personnalité morale, l'avis du président de l'assemblée délibérante de la collectivité de rattachement est-il requis (D3S)
- Délais de recours sur l'évaluation
- Calcul de la part R de la PFR, en cas de modification du régime du logement des directeurs des soins

## 1. Part fonctions

*Qui fixe la part fonctions (PF) ?*

Elle est fixée par le chef d'établissement pour les directeurs adjoints et par le DG d'ARS pour les chefs d'établissement.

En l'absence de chef d'établissement, c'est le DG d'ARS ou le préfet qui cote l'emploi du directeur adjoint qui assure l'intérim.

*La variation de + 0,2 de la PF est-elle possible pour tous les directeurs adjoints exerçant au sein d'une direction commune ?*

À l'appréciation du chef d'établissement de la direction commune (responsable d'un site, directeur adjoint particulièrement impliqué).

*Que doit-on entendre lorsque l'on parle « d'exercice multi sites » pour la variation possible de + 0,2 pour les adjoints: entité juridique ou situation géographique ?*

Il relève de l'autorité du chef d'établissement d'apprécier la situation en ce qui concerne les cotations de la PF compte-tenu de la composition de son établissement (sites éloignés...) dans la mesure où les fonctions du directeur adjoint concerné le conduisent à exercer effectivement sur un site différent et significativement distant de celui sur lequel il est affecté à titre principal et pour une durée au moins égale à deux demi-journées par semaine.

*Dans le cadre d'une cotation de part fonctions avec une variation de + 0,2 et si le directeur n'a ni logement (dans le patrimoine de l'établissement ou mise à disposition), ni indemnité compensatrice de logement, le coefficient est-il multiplié par 2 ?*

Oui, c'est l'ensemble de la cotation (variation comprise) qui est multipliée par 2 dans la limite de 6 parts.

*Faut-il doubler les points de cotation de la part fonctions lorsque le directeur refuse le logement de fonctions et que, par conséquent, l'établissement ne veut pas lui verser d'indemnité de logement ?*

Dans cette hypothèse, il relève de l'autorité en charge de l'évaluation de déterminer les cotations de la part fonctions à partir de la situation personnelle et familiale du directeur concerné et du patrimoine immobilier de l'établissement.

*Cotation de la PF pour les fonctionnaires conjoints, liés par un PACS ou concubins: (DH ou D3S ou DS)*

Il ne peut y avoir cumul de concessions de logement par nécessité absolue de service, celui des deux fonctionnaires qui ne bénéficie pas de la concession de logement (dans le patrimoine de l'établissement ou un logement locatif à l'extérieur) ou de l'indemnité de logement pour quelques motifs que ce soit, se voit attribuer une cotation de la PF:

- multipliée par deux pour les DH ou D3S;
- égale à 3,8 ou 4 pour les directeurs de soins.

*Selon quels critères un chef d'établissement est-il amené à notifier pour ses adjoints les cotations de 2,5 ou 2,7 pour les directeurs hors classe (HC), les cotations de 2,4 ou 2,6 pour les directeurs de classe normale (CN) ?*

Le choix est laissé à l'appréciation du chef d'établissement, en fonction du périmètre de l'emploi occupé et des responsabilités correspondantes. Au sein de l'équipe de direction, il peut donc être amené à différencier les cotations, en fonction des emplois occupés.

*Dans quelles situations la cotation de la part fonctions a-t-elle vocation à être modifiée ?*

Pour un même emploi, la PF doit être revue en cas de changement de grade du directeur qui l'occupe.

Pour un même directeur, elle est revue en cas de changement de fonctions au sein d'une équipe, ou plus largement en cas de mutation et enfin en cas de changement de corps.



*En cas de changement de fonctions au sein d'une équipe de direction, le chef d'établissement doit procéder dans l'ordre à la modification de l'organigramme, à la modification de la fiche de poste, à la modification si nécessaire de la cotation de son emploi et donc à une nouvelle décision d'attribution de sa PF.*

*En cas de mutation, comment est-on informé de la cotation d'un emploi de chef ou d'adjoint? La cotation de l'emploi peut-elle varier à l'occasion de la vacance de celui-ci?*

Les candidats à la mutation sont informés de la cotation d'un emploi en se référant à la fiche de poste, obligatoirement transmise au CNG en même temps que la demande de publication d'un emploi, et sur laquelle figure la cotation.

L'autorité en charge de la cotation peut, à l'occasion d'une vacance d'emploi, ou non, reconsidérer le périmètre de celui-ci ou estimer que les responsabilités associées sont plus ou moins importantes. Il définit la cotation de l'emploi en conséquence.

*La cotation de la part fonctions est-elle liée à la procédure d'évaluation?*

Non. La cotation de l'emploi – et donc la notification de la décision d'attribution de la PF – peut être effectuée depuis la parution de la circulaire ministérielle qui prévoit la cotation des emplois, soit depuis le 19 juin 2012. Le versement de la PF, y compris le rattrapage par rapport aux indemnités abrogées et déjà versées, peut être mensualisé et a vocation à être versé en année *N*.

Seule la notification de la décision d'attribution de la part de résultats (PR) découle de l'évaluation, puisque celle-ci permet de fixer l'évolution, à la hausse ou à la baisse, du coefficient de PR. Le versement de celle-ci est alors effectué avant la fin du premier trimestre *N+1*.

Il est rappelé que le support d'évaluation ne saurait être adressé aux intéressés postérieurement à la notification d'attribution de la PR. En effet, le recours contre la PR devant être motivé en fonction des résultats obtenus, il est indispensable pour les intéressés de pouvoir disposer des deux supports.

*Lors d'une demande de publication de poste, un chef d'établissement est-il obligé de mentionner la cotation d'emploi à la fois pour les directeurs HC et les directeurs CN?*

Oui. C'est le principe de la déconnexion de l'emploi et du grade. Tous les emplois d'adjoint, à l'exception des emplois fonctionnels, sont accessibles à la fois aux directeurs HC et CN.

## **2. PFR et nomination dans le corps-changement de grade-changement de fonction-changement d'établissement**

*Nomination dans le corps (élèves) DH – D3S*

La part liée aux fonctions est liée à la cotation de l'emploi.

La détermination de la part liée aux résultats est fixée en fonction de leur évaluation et dans la limite de la valeur unitaire d'une part.

*Nomination dans le corps (élèves) DS*

La part liée aux fonctions est liée à la cotation de l'emploi.

La part liée aux résultats peut tenir compte également du niveau indemnitaire atteint par l'agent dans son précédent emploi.

*Nomination via le tour extérieur ou prise en charge par voie de détachement ou intégration directe*

La part liée aux fonctions est liée à la cotation de l'emploi.

Plusieurs cas de figure sont possibles pour la part liée aux résultats :

Si le fonctionnaire ne bénéficiait pas dans son corps d'origine de la PFR, la part liée aux résultats (PR) peut tenir compte également du niveau indemnitaire atteint par l'agent dans son précédent emploi/corps afin de maintenir globalement le niveau du régime indemnitaire antérieur.

Exemple : M. X avait un régime indemnitaire global de 20 000 € (hors NBI) dans son précédent emploi, il est affecté sur emploi de DA, DH de classe normale coté en part liée aux fonctions à 2.4, soit un montant de 11 952 € (il est logé), la part liée aux résultats devra intégrer le différentiel, soit 8 048 €.



Le coefficient de la part résultat avant évaluation  
 =  $8\,048 \text{ €} / 3\,320 = 2,42$  arrondi à 2,5 ( $2,5 * 3\,320 = 8\,300 \text{ €}$ )

Si le fonctionnaire bénéficiait dans son corps d'origine de la PFR, la part liée aux résultats (PR) a vocation à être reconduite à partir du montant fixé l'année  $N - 1$ , majoré ou minoré de l'évolution déterminée au titre de l'année  $N$ .

Exemples :

Exemple 1: Mme Y, D3S classe normale avait une PR de 6 000 € dans sa précédente affectation. Elle est détachée dans le corps des DH (classe normale). Le coefficient d'entrée avant évaluation qui lui est fixé est donc :

$6\,000 \text{ €} / 3\,320 = 1,807$  arrondi à 1,9 ( $1,9 * 3\,320 = 6\,308 \text{ €}$ ).

Exemple 2: détachement d'un DH dans le corps des D3S au 01/01/XXXX

M. Y, directeur d'hôpital hors classe, a perçu, au titre de la part Résultats  $N - 1$ , un montant annuel de 14 720 euros. M. Y, directeur d'hôpital hors classe, est détaché dans le corps des D3S hors classe, à compter du 01/01/XXXX.

Le coefficient d'entrée dans le corps des D3S, avant évaluation, au 01/01/XXXX est déterminé par référence au montant de la part Résultats perçu  $N - 1$  soit :

$14\,720 / 2\,667 = 5,51$  arrondi à 5,6.

Le coefficient d'entrée dans la part résultats de M. Y..., directeur d'hôpital hors classe détaché dans le corps des D3S au 01/01/XXXX, sera donc fixé, avant évaluation à 5,6.

Exemple 3: détachement d'un DH dans le corps des D3S en cours d'année

M. Y, directeur d'hôpital hors classe, est détaché dans le corps des D3S au 01/09/XXXX.

Le coefficient d'entrée dans le corps des D3S sera établi sur le montant qu'il aurait perçu en qualité de directeur d'hôpital en année pleine :

Coefficient PR DH HC  $N - 1$ : 2,8 soit  $2,8 \times 3\,680 = 10\,304$ .

Coefficient d'entrée D3S:  $10\,304 / 2\,667 = 3,86$  arrondi à 3,9.

Montant:  $(2,8 \times 3\,680) \times 8/12 + (3,9 \times 2\,667) \times 4/12 = 6\,869 + 3\,467 = 10\,336$ .

#### *En cas de changement de grade*

Attribution de la cotation de la part liée aux fonctions à la date d'effet de la promotion. Une nouvelle notification est nécessaire.

La part liée aux résultats est déterminée selon les plafonds en vigueur. Le coefficient (montant déterminé après l'évaluation) est unique pour l'année mais il s'appliquera sur les montants unitaires de référence pour chacun des deux grades en tenant compte de la date d'effet de la promotion.

#### *En cas de changement de fonction*

Cas particulier du changement de fonction suite à une réorganisation ou constitution d'une direction commune ou une fusion :

Les directeurs amenés à quitter leur affectation pour prendre des fonctions relevant d'un plafond indemnitaire inférieur à celui dont il relevait jusqu'alors ou un poste dont la cotation serait inférieure à celui détenu conservent à titre individuel le niveau indemnitaire alloué l'année précédente pendant une durée maximale de 3 ans.

Cotation de la PFR du directeur adjoint nommé chef d'établissement en cours d'année :

Attribution de la cotation de la part liée aux fonctions à la date d'effet de la nomination. Une nouvelle notification est nécessaire.

La part liée aux résultats est déterminée selon les plafonds en vigueur. Le coefficient est unique pour l'année mais il s'appliquera sur les montants unitaires de référence pour chacun des deux grades en tenant compte de la date d'effet de la nomination.

Exemple: Mme Y, D3S classe normale, est nommée, à compter du 01/09/2014 en qualité de directrice d'un établissement figurant sur l'arrêté du 15 décembre 2008 fixant la liste des établissements mentionnés aux 2° à 6° de l'article 2 de la loi 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière dont la direction permet l'accès à l'échelon fonctionnel de la hors classe des D3S de la fonction publique hospitalière :

Le coefficient de la part résultats de Mme Y, évaluée au titre de l'année 2014, a été fixé par l'évaluateur à 3,5. Le coefficient reste identique pour toute l'année mais il convient, pour déterminer le montant de la part Résultats, de distinguer chacune des 2 périodes, en prenant le montant unitaire de la part Résultats par référence au barème applicable à chacune des périodes.

Le montant à percevoir au titre de l'année 2014 se déterminera ainsi :

Du 01/01/2014 au 31/08/2014 : par référence au barème applicable à un D3S de classe normale : coefficient de la part Résultats x montant de la part Résultats soit  $3,5 \times 2\,400 = 8\,400$  euros.

À ramener au prorata de la période effectuée :  $(8\,400 \times 8) / 12 = 5\,600$  euros.

Du 01/09/2014 au 31/12/2014 : par référence au barème applicable à un D3S sur échelon fonctionnel : Coefficient de la part Résultats x montant de la part Résultats soit  $3,5 \times 3\,040 = 10\,640$  euros.

À ramener au prorata de la période sur l'établissement échelon fonctionnel :  $(10\,640 \times 4) / 12 = 3\,546,66$  euros.

Montant total de la part Résultats au titre de l'année 2014 : 9 146,66 euros.

*Quel établissement doit verser la PFR lorsqu'un directeur change d'établissement en cours d'année :*

Jusqu'au 30/06 /année N (le 01/03, par exemple) :

Pour la part fonction (PF) : il appartient à l'établissement d'origine de prendre en charge la PF en fonction de la cotation du poste qu'il occupait. Ensuite, c'est à l'autorité compétente pour l'emploi d'accueil qu'il revient de coter l'emploi, de notifier le montant de la PF à compter du 01/03.

Pour la part résultat (PR) : l'autorité compétente pour l'emploi d'accueil détermine la cotation annuelle fixée en fonction de l'évaluation et du régime indemnitaire antérieur, ensuite soit l'établissement prend en charge le paiement pour l'année entière et demande le remboursement, soit il prend en charge le paiement pour la période courant du 01/03 au 31/12 et notifie à l'ancien établissement la cotation donnée pour que celui-ci régularise la période du 01/01 au 29/02 et verse la PR correspondante à l'intéressé(e).

À partir du 01/07 (le 01/10, par exemple) :

Pour la part fonction (PF) : il appartient à l'établissement d'origine de prendre en charge la PF selon la cotation du poste qu'il occupait, pour la période du 01/01 au 30/09. Ensuite, c'est à l'autorité compétente pour l'emploi d'accueil qu'il revient de coter l'emploi, de notifier et de verser le montant de PF à compter du 01/10.

Pour la part résultat (PR) : l'autorité compétente pour l'emploi d'origine détermine la cotation annuelle fixée en fonction de l'évaluation et du régime indemnitaire antérieur, et l'établissement d'origine prend en charge le paiement pour la période du 01/01 au 30/09 et transmet la décision d'attribution de la PR à l'établissement d'accueil pour que celui-ci verse à l'intéressé(e) la PR correspondant aux 3 derniers mois de l'année.

### **3. PFR et personnels de direction mis à disposition**

#### *Mises à disposition auprès de la DGOS*

La cotation de la part liée aux fonctions et de la part liée aux résultats est effectuée par le directeur général de la DGOS.

La notification de la PFR est transmise à l'établissement de rattachement et à l'intéressé(e) par la DGOS, avec copie au CNG.

#### *Mises à disposition auprès d'autres établissements de santé ou autres administrations ou organismes*

La cotation de la part liée aux fonctions et de la part liée aux résultats est effectuée par l'établissement d'accueil.

La notification de la PFR est transmise à l'établissement de rattachement par l'organisme d'accueil.

### **4. PFR et personnels placés en recherche d'affectation**

La cotation de la part liée aux fonctions et de la part liée aux résultats est effectuée par la directrice générale du CNG. Le montant individuel attribué au titre de la part liée aux résultats est maintenu la première année. Il est réduit la seconde année.

## 5. PFR et congés divers/temps partiel

*Congés annuels, congé de maternité-paternité, congés de maladie pour raisons reconnues imputables au service*

Pas d'incidence – assimilés à une période d'activité.

*Congé de formation professionnelle*

Suspension de la PFR :

Article 31/décret 2008-824 du 21/8/2008 : « l'indemnité forfaitaire mensuelle est égale à 85 % du montant total du traitement brut et de l'indemnité de résidence perçue au moment du départ en congé... » dans la limite de la somme correspondant au traitement et indemnité de résidence de l'IB 650 ; (maintien du supplément familial de traitement).

*RTT et/ou CET*

Pas d'incidence - L'agent continue à bénéficier de la cotation et du montant de référence attribués au titre du dernier emploi occupé, tant pour la part fonctions que pour la part résultats.

Si l'agent a demandé à conserver son logement de fonctions pendant cette période, la part Fonctions reste plafonnée à 3.

S'il a rendu son logement et ne perçoit pas l'indemnité de logement, il faut multiplier la cotation par 2.

*Congés maladie ordinaire, congés longue durée/congés longue maladie*

Application de l'article 26 du décret n° 88-836 du 19 avril 1988 modifié relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière.

La part liée aux fonctions (PF) a vocation à suivre le traitement principal. Il n'y a donc pas d'abattement possible tant que le traitement principal est entier.

Exemple : un directeur ayant une rémunération à demi-traitement à partir du 4<sup>e</sup> mois de maladie percevra une part fonctions également à demi-traitement (à l'identique de son traitement principal).

La part liée aux résultats (PR) a vocation à être réajustée, après chaque évaluation annuelle, pour tenir compte de l'atteinte des objectifs et de la manière de servir, appréciées au titre de la période antérieure. Dans ce cadre, il appartient à l'évaluateur d'apprécier si l'impact du congé sur l'atteinte des résultats, eu égard notamment à sa durée et compte-tenu de la manière de servir du directeur, doit ou non se traduire par un ajustement à la baisse l'année suivante. Ce dispositif permet ainsi de valoriser un directeur qui, en dépit d'un congé, s'est investi dans son activité et a produit les résultats escomptés. Un directeur qui serait absent pour maladie pendant une période de 4 mois pourrait ainsi percevoir la part liée aux résultats au même niveau que la période précédente s'il atteint, en 8 mois, les objectifs qui lui étaient assignés pour une période d'un an. Il n'y a donc pas lieu de proratiser selon le temps de présence.

La part liée aux résultats n'a, par conséquent, pas vocation à suivre systématiquement le sort du traitement, contrairement à la part liée aux fonctions.

*Congé pour maladie professionnelle/accident de travail et de trajet*

Pas d'abattement.

*Temps partiel*

La PFR est proratisée au regard de la quotité de travail. Pour les quotités de 80 % et 90 %, cette proratisation est respectivement égale à 6/7<sup>e</sup> et 32/35<sup>e</sup>.

## 6. PFR et réintégration dans le corps

*Après un détachement*

La part liée aux fonctions est liée à la cotation de l'emploi.

La fixation de la part liée aux résultats peut tenir compte également du niveau indemnitaire atteint par l'agent dans son précédent emploi avant le détachement afin de maintenir globalement le niveau du régime indemnitaire antérieur et le cas échéant, si le détachement était dans un emploi de la fonction publique, le niveau du régime indemnitaire versé pendant le détachement.

*Après une disponibilité*

La part liée aux fonctions est liée à la cotation de l'emploi.

La part liée aux résultats est déterminée selon les barèmes en vigueur.

*Après un congé parental*

La part liée aux fonctions est liée à la cotation de l'emploi.

La part liée aux résultats est déterminée selon les barèmes en vigueur et peut tenir compte du niveau indemnitaire global atteint avant le placement en congé parental.

*Après une mise à disposition*

La part liée aux fonctions est liée à la cotation de l'emploi.

La part liée aux résultats peut tenir compte du montant de celle précédemment allouée durant la mise à disposition.

## 7. PFR et indemnité d'intérim

*Indemnité d'intérim (intérim en cours au 9 mai 2012)*

Les personnels qui assurent un intérim de direction à la date du 9 mai 2012 et qui perçoivent à ce titre l'indemnité d'intérim continuent de percevoir cette indemnité jusqu'au terme de celui-ci.

*Intérim nouveau (après le 9 mai 2012<sup>1</sup>)*

En cas de vacance d'emploi ou d'absence supérieure à trente jours calendaires de directeur d'un établissement, le directeur perçoit :

- durant les trois premiers mois : un versement exceptionnel selon les règles applicables. Dans ce cas, l'attribution de ce versement exceptionnel est mensualisée ;
- à partir du quatrième mois d'intérim :
  - soit la vacance d'emploi subsiste et si la décision a été prise de ne pas pourvoir l'emploi par un directeur, une direction commune doit être organisée par le directeur général de l'agence régionale de santé, dans les conditions de droit commun qui donne lieu au versement de l'indemnité forfaitaire mensuelle (indemnité de direction commune) jusqu'à la constitution effective de ladite direction commune. Une fois, celle-ci constituée, il est procédé au versement de l'indemnité mensuelle de direction commune ;
  - soit la procédure de nomination sur l'emploi vacant est engagée et il n'y a pas de direction commune à organiser, l'indemnité forfaitaire mensuelle (indemnité de direction commune) continue à être servie jusqu'à la nomination du titulaire du poste de chef d'établissement.

Attention: Il ne faut pas confondre l'indemnité mensuelle de direction commune, qui est maintenue et versée uniquement au directeur de la direction commune, et l'indemnité forfaitaire mensuelle, qui est attribuée pour l'exercice d'un intérim, et qui concerne les chefs d'établissements et les directeurs adjoints.

*Quel est le montant de l'indemnité forfaitaire mensuelle ?*

Il s'agit, en fait, du même montant que celui perçu dans le cadre d'une direction commune, à savoir :

- concernant les DH : 580 euros pour une direction commune et 290 euros pour la direction d'un syndicat inter-hospitalier (en voie d'extinction). Un même directeur peut se voir confier plusieurs intérim, même si cela doit rester exceptionnel. Il cumulera alors les indemnités prévues par la réglementation.
- concernant les D3S : 390 euros si la direction commune comporte 2 établissements et 580 euros si la direction commune comporte au moins 3 établissements ou 2 établissements totalisant ensemble plus de 180 lits et/ou places.

---

<sup>1</sup> Instruction DGOS/RH4/DGCS/4B n° 2014-281 du 13 octobre 2014 relative à la mise en œuvre de la procédure d'intérim des fonctions de directeur d'un établissement mentionné à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifié portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

*Sur quels cotations et montants de référence se baser pour la PFR d'un directeur adjoint effectuant l'intérim de direction de son propre ou d'un autre établissement? Quelle est l'autorité en charge de la notification de sa PFR? Comment est valorisé son intérim?*

La cotation de l'emploi de directeur adjoint n'est jamais affectée par l'intérim.

S'il assure l'intérim d'une autre direction d'établissement, la cotation de son emploi d'adjoint est faite par son chef d'établissement.

Pour la PR, l'autorité compétente pour l'évaluation de l'emploi d'adjoint établit cette évaluation et la détermination du montant de PR.

L'évaluation des fonctions d'intérimaire à temps plein est effectuée par le DG d'ARS (ou le préfet selon le cas) et l'indemnisation de l'intérim se fait par un versement exceptionnel, décidé par la même autorité, dans les conditions susmentionnées.

Les directeurs adjoints qui exercent à titre exceptionnel les fonctions de directeur par intérim à temps plein, sur une année complète, sont évalués par le DG d'ARS (ou le préfet selon le cas).

*Sur quel(s) budget(s) pèsent le versement exceptionnel et l'indemnité forfaitaire mensuelle lors d'un intérim?*

Le versement exceptionnel est mensualisé et versé par l'établissement d'affectation du personnel de direction qui assure l'intérim.

Ces versements exceptionnels mensuels sont versés par l'établissement d'affectation de l'intérimaire et remboursés, par le biais d'une convention, par l'établissement bénéficiaire de l'intérim. Ils doivent impérativement être mentionnés dans le support d'évaluation annuelle de l'intéressé (fiche C1).

*Au cours d'un intérim commencé avant le 9 mai 2012, en cas de changement de l'intérimaire, quel régime s'applique?*

Celui applicable depuis le 9 mai 2012.

*Que perçoit le directeur d'un établissement amené à faire l'intérim d'une direction commune?*

Si la direction commune est composée d'EPS dont l'un relève du statut des DH (ne figurant pas sur l'arrêté du 22 avril 2008 modifié fixant la liste des EPS dirigé par des D3S: le directeur perçoit sa PFR au titre de son affectation initiale et 580 euros au titre de la direction commune;

Si la direction commune est composée d'établissements sociaux et médico-sociaux et/ou d'EPS qui figurent sur l'arrêté du 22 avril 2008 modifié, fixant la liste des EPS dirigés par des D3S: le directeur perçoit sa PFR au titre de son affectation initiale: soit 390 euros si la direction commune comporte 2 établissements, soit 580 euros si la direction commune comporte au moins 3 établissements ou 2 établissements totalisant ensemble plus de 180 lits et/ou places.

*Dans le cadre du versement de l'indemnité forfaitaire mensuelle, quel(s) est (sont) l'(les) établissement(s) à prendre en considération pour la détermination du montant?*

On ne prend en compte que le ou les établissements dans lequel (lesquels) va s'effectuer l'intérim. Ainsi, un directeur, chef d'un établissement de 100 lits et places, qui ferait l'intérim d'un autre établissement de 100 lits et places, se verra attribuer un montant de 390 € pour l'indemnité forfaitaire mensuelle au titre de l'intérim d'un établissement. Il n'y a pas de prise en compte, pour la détermination du montant, de la capacité de l'établissement d'affectation du directeur.

## **8. PFR et versement exceptionnel**

Un versement exceptionnel d'un montant de la valeur unitaire d'une part maximum dans la limite du plafond de la part résultats (PR), non reconductible d'une année sur l'autre peut être versé (pour reconnaître financièrement une charge particulière d'activité comme un intérim de direction inférieur ou égal à 3 mois, conduite de projet d'une coopération complexe, compensation d'une charge de travail significative...). Dans ce cas, un rapport circonstancié doit être joint à l'évaluation.

De manière très exceptionnelle et à l'appréciation de l'évaluateur, ce versement peut dépasser la valeur unitaire d'un point dans la limite du plafond de la part résultats de l'année au cours de laquelle elle est versée (pour récompenser une charge de travail anormalement lourde, par exemple). Dans ce cas un rapport très détaillé doit être joint à l'évaluation.

## 9. PFR et emploi/échelon fonctionnel

*Sur quels cotations et montants de référence se base-t-on pour attribuer la PFR des directeurs à la tête d'un établissement « échelon fonctionnel » ou « emploi fonctionnel » alors qu'ils ne remplissent pas les conditions pour les avoir ?*

Les cotations et montants de référence à appliquer pour un personnel de direction affecté, soit sur un emploi fonctionnel figurant sur la liste des emplois fonctionnels et publié sur le site du CNG (DH et D3S), soit sur un établissement ouvrant l'accès à un échelon fonctionnel fixé par arrêté (D3S), alors que ce même personnel de direction ne remplit pas les conditions statutaires, sont ceux relatifs à l'emploi et non au grade.

Exemple : un D3S de classe normale 4<sup>e</sup> échelon, chef d'un établissement qui figure sur l'arrêté du 15 décembre 2008 fixant la liste des établissements dont la direction permet l'accès à l'échelon fonctionnel de la hors classe, doit se voir notifier une cotation de son emploi et les montants de référence en fonction du plafond déterminé pour l'échelon fonctionnel, même s'il n'a pas atteint l'échelon fonctionnel.

Un directeur, dont l'établissement n'a pas pu être classé dans l'un des groupes fonctionnels du fait de la saturation de ce groupe, doit percevoir au titre de la PFR, les montants de référence du groupe concerné des emplois fonctionnels et se voir appliquer les cotations y afférentes.

### *Cotation des chefs d'établissement sur emplois fonctionnels (DH)*

La cotation dépend du groupe dans lequel se situe son établissement. Si l'établissement est dans le groupe I ou II, la cotation est de 3 et si l'établissement est dans le groupe III, la cotation est de 2.8.

### *Cotation des directeurs des soins sur emplois fonctionnels (DS)*

Logés : 2,8 et 3 ;

Non logés : 3,8 et 4.

## 10. Questions diverses

*La part résultats de l'année considérée peut-elle être diminuée par rapport à la part résultats de l'année précédente ?*

*Au titre de l'année en cours, le coefficient de la PR aura pour base celui alloué l'année précédente auquel sera appliquée la modulation retenue à l'issue de l'évaluation au titre de l'année considérée.*

La PR a vocation à être maintenue ou ajustée, à la baisse ou à la hausse pour tenir compte des résultats de l'évaluation de l'année considérée dans la limite d'une part.

Toute baisse doit faire l'objet d'un rapport circonstancié et motivé joint à l'évaluation.

*Pour les établissements non dotés de la personnalité morale, l'avis du président de l'assemblée délibérante de la collectivité de rattachement est-il requis (D3S)*

L'évaluateur est l'autorité administrative, en règle générale le préfet, mais la cotation de la part F est faite en liaison avec le président de l'assemblée délibérante de la collectivité de rattachement.

### *Délais de recours sur l'évaluation*

Le point de départ du délai du recours devant la CAPN compétente est la signature de l'évaluation par l'évalué(e). La signature peut être accompagnée d'observations, elle n'implique pas son acceptation, elle signifie que communication a été faite.

Il peut également, dès qu'il en a eu notification, demander la révision de la PR de son régime indemnitaire.

Dans le cas d'une modification portée sur tout élément de l'évaluation, et suite à la signature de l'évalué(e), il convient que l'évaluateur fasse une nouvelle notification du support à l'intéressé(e).

Le directeur peut présenter en concomitance un recours gracieux auprès de son évaluateur et un recours en révision devant la CAPN.

*Calcul de la part R de la PFR, en cas de modification du régime du logement des directeurs des soins*

Les directeurs des soins, non logés l'année de l'entrée en vigueur de la PFR, mais qui le sont ultérieurement, subissent une incidence défavorable sur le niveau indemnitaire, à corriger. En effet, une forte part du régime indemnitaire (dont le niveau acquis antérieurement au passage à la PFR



en 2012 est garanti à chaque DS), qui s'est imputée sur la part F, est annulée par la diminution de celle-ci, lors de la prise en compte du logement. De plus, le changement de situation ne s'effectue pas nécessairement en année pleine.

Pour corriger l'effet pervers ainsi induit, deux approches sont possibles :

- reprendre le calcul initial et l'appliquer à la nouvelle situation, en intégrant les évolutions intermédiaires, soit :
  - reprise du socle d'entrée établi en 2012: montant total des primes et indemnités perçues en 2011 majorée de 10 %;
  - calcul du nouveau montant de Part F (le directeur n'était pas logé en 2012 et il l'est cette année): cotation Part F DS logé x montant unitaire de part F (montant d'origine en 2012);
  - reconstitution de la Part R initiale: socle d'entrée - nouveau montant de la Part F = montant x;
  - calcul de la cotation R correspondante: montant x / valeur d'une Part R (valeur d'origine en 2012);
  - actualisation au titre des années intermédiaires: à ce nouveau coefficient de Part R, ajout des évolutions annuelles depuis 2012;
  - intégration d'éventuelles autres modifications, selon les règles courantes applicables: le calcul de la part R pour la suite, s'effectue selon les règles habituelles (application de l'évolution pour l'année de l'évaluation).

ou

- réaffecter simplement la perte sur la part F à la part R, soit :
    - détermination de la réduction liée au logement: montant Part F non logé - montant Part F logé = x;
    - ajout de ce montant x à la dernière part R, puis détermination de la cotation R correspondante: (montant x + dernière part R) / valeur d'une Part R (valeur actuelle lors du calcul);
- Le calcul de la part R pour la suite, s'effectue selon les règles habituelles (application de l'évolution pour l'année de l'évaluation).

Ce calcul simplifié peut s'avérer erroné, si des changements sont intervenus: avancement de grade, détachement sur emploi fonctionnel, changement quotité de temps de travail. Le calcul décrit en 1 est alors nécessaire. Si le changement de logement intervient en cours d'année, la règle *pro rata temporis* s'applique.

#### Exemple 1:

En 2012, un directeur des soins, 2<sup>e</sup> classe, coordonnateur, non logé, a perçu au titre de 2011, un montant total de primes de 16 358 €. Son socle d'entrée était de: 16 358 + 10 % de 16 358 = 17 993,80 €. La cotation de la Part F était fixée à 4, soit un montant de 14 400 €. Le montant de la Part R s'établissait donc à 3 593,80 € soit une cotation de: 3 593,80/2 400 (montant d'une part) soit 1,49 arrondi à 1,5. La cotation de PR a évolué de + 0,5 en 2012 et de + 0,6 en 2013 et était donc de 2,6 en 2013.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2014, le directeur des soins est logé. En conséquence, la cotation de sa Part F est fixée à 2,9 soit un montant de 10 440 € et non plus de 14 400 €, soit une diminution de 3 960 €.

#### Calcul 1:

Socle d'entrée en 2012: 17 993,80 €.

Calcul du nouveau montant de Part F  $2,9 \times 3 600 = 10 440$  €.

Reconstitution de la Part R initiale: 17 993,80 € - 10 440 € = 7 553,80 €.

Calcul de la cotation R correspondante:  $7 553,8/2 400$  € = 3,147 soit 3,2.

Actualisation au titre des années intermédiaires: part R 2013 = 3,2 + 0,5 + 0,6 = 4,3 avant application de l'évolution pour 2014.

#### Calcul 2:

Détermination de la réduction liée au logement: 14 400 - 10 440 = 3 960 €.

Ajout de ce montant à la dernière part R (soit 2,6 x 2 400 = 6 240 €): 6 240 + 3 960 = 10 200 €.

Calcul de la cotation R correspondante:  $10 200/2 400 = 4,25$  arrondi à 4,3 avant application de l'évolution pour 2014.

#### Exemple 2:

En 2012, un directeur des soins, 1<sup>re</sup> classe à l'échelon fonctionnel, coordonnateur, non logé, a perçu au titre de 2011, un montant total de primes de 18 500 €. Son socle d'entrée était de: 18 500 € + 10 % de 18 500 € = 20 350 €. La cotation de la Part F était fixée à 3,8, soit un montant de 15 200 €.

Le montant de la Part R s'établissait donc à 5 150 € soit une cotation de:  $5\,150/2\,667$  (montant d'une part) soit 1,93 arrondi à 2. La cotation de PR a évolué de + 0,5 en 2012 et de + 0,6 en 2013 et était donc de 3,1 en 2013.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2014, le directeur des soins est logé. En conséquence, la cotation de sa Part F est fixée à 3 soit un montant de 12 000 € et non plus de 15 200 €, soit une diminution de 3 200 €.

Calcul 1 :

Socle d'entrée en 2012: 20 350 €.

Calcul du nouveau montant de Part F  $3 \times 4\,000 = 12\,000$  €.

Reconstitution de la Part R initiale:  $20\,350 \text{ €} - 12\,000 \text{ €} = 8\,350 \text{ €}$ .

Calcul de la cotation R correspondante:  $8\,350/2\,667 \text{ €} = 3,13$  soit 3,2.

Actualisation au titre des années intermédiaires: Part R 2013 =  $3,2 + 0,5 + 0,6 = 4,3$  avant application de l'évolution pour 2014.

Calcul 2 :

Détermination de la réduction liée au logement:  $15\,200 - 12\,000 = 3\,200$  €.

Ajout de ce montant à la dernière part R (soit  $3,1 \times 2\,667 = 8\,267,70$  €):  $8\,267,70 + 3\,200 = 11\,467,70$  €.

Calcul de la cotation R correspondante:  $11\,467,70/2\,667 = 4,29$  arrondi à 4,3 avant application de l'évolution pour 2014.







NOM D'USAGE :  
 PRÉNOM :  
 NOM DE NAISSANCE :

**DOSSIER CNG  
 ÉVALUATION DES DIRECTEURS DES SOINS ANNÉE 2015**

**FICHE A (suite)**

**DESCRIPTION DU POSTE (à remplir par l'évalué)**

**Positionnement dans l'établissement (selon l'organigramme) :**

- Directeur des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- Coordonnateur général des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- Coordonnateur général de la **direction de l'une** des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (préciser l'activité concernée)
- Coordonnateur général de la **direction de plusieurs** des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (préciser les activités concernées)
- Directeur d'un ou de plusieurs institut(s) préparant à une ou plusieurs formations paramédicales :**
  - de formation préparant aux professions paramédicales
  - de formation de cadres de santé
- Coordonnateur général de plusieurs instituts de formation**
- Assistant ou suppléant :**
  - du Coordonnateur général des soins
  - du Coordonnateur général d'instituts de formation
- Autre (préciser).....

**Missions générales du poste et principales activités :**

**Appréciation de la complexité du contexte d'exercice du poste au cours de l'année de référence :**

| A remplir par<br>l'évalué(e) | A remplir par<br>l'évaluateur |
|------------------------------|-------------------------------|
|                              |                               |



NOM D'USAGE :  
PRÉNOM :  
NOM DE NAISSANCE :

DOSSIER CNG  
ÉVALUATION DES DIRECTEURS DES SOINS ANNÉE 2015

FICHE B1

## APPRECIATIONS DE L'EVALUATEUR

### **Bilan synthétique des résultats de l'année précédente (selon l'emploi occupé) :**

### **Appréciations des compétences mises en œuvre dans l'année :**

#### **I. - Résultats obtenus dans le pilotage de la mission :**

1.1. Définition et pilotage des objectifs stratégiques

2.2. Décision et arbitrage

2.3. Maîtrise de la technicité du poste :

#### **II. - Résultats obtenus dans la pratique managériale :**

2.1. Animation, motivation et évaluation des équipes

2.2. Négociation

2.3. Conduite de projet et accompagnement du changement

2.4. Communication



NOM D'USAGE :  
PRÉNOM :  
NOM DE NAISSANCE :

**DOSSIER CNG  
ÉVALUATION DES DIRECTEURS DES SOINS ANNÉE 2015**

**FICHE B2**

**SOUHAITS EXPRIMÉS PAR L'ÉVALUÉ(E) POUR LES 2 PROCHAINES ANNÉES**

Informations facultatives dans la perspective de la mise en place d'une bourse des emplois

- Mobilité fonctionnelle souhaitée (à préciser) :
- Mobilité géographique souhaitée (à préciser) :
- Autre :

**Souhaits de formation** :

| Formations souhaitées par l'évalué(e) | Observations de l'évaluateur ou de la personne responsable de la conduite de l'entretien d'évaluation si elle est différente de l'évaluateur |
|---------------------------------------|--|
| -                                     | -  |
| -                                     | -  |
| -                                     | -  |
| -                                     | -  |
| -                                     | -  |
| -                                     | -  |
| -                                     | -  |
| -                                     | -  |

La signature du support par les deux parties est impérative.  
Elle n'emporte pas l'accord sur le contenu mais signifie que l'évalué(e) en a pris connaissance.

Date :

Date :

NOM – PRÉNOM  
QUALITÉ

Signature de l'évalué(e) :

Signature de l'évaluateur :

**DOSSIER C.N.G.**



NOM D'USAGE :  
PRÉNOM :  
NOM DE NAISSANCE :

**ÉVALUATION DES DIRECTEURS DES SOINS ANNÉE 2015**

**FICHE C1**

**BILAN SYNTHÉTIQUE PAR L'ÉVALUATEUR**

Aptitudes professionnelles démontrées et perspectives d'évolution de carrière en indiquant la capacité à exercer des responsabilités supérieures :

**PROPOSITION DU MONTANT DE LA PART RÉSULTATS 2015**

Il est rappelé que le montant de la nouvelle part résultats doit être communiqué à l'issue de l'entretien d'évaluation.

|  | Montant | Coefficient |
|--|---------|-------------|
| Rappel de la part résultats (hors versement exceptionnel) au titre de l'année 2014 | €       |             |
| Coefficient d'évolution 2015   |         |             |
| Coefficient total de la part résultats 2015  |         |             |

*En cas de diminution du coefficient total de la part résultats, un rapport circonstancié et dûment motivé doit être obligatoirement annexé.*

|   |   |
|---|---|
| Montant total de la part résultats 2015 | € |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| Attribution d'un versement exceptionnel : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |   |
| Coefficient du versement exceptionnel (dans la limite de 1)   |   |
| Montant du versement exceptionnel   | € |

*En cas d'attribution d'un versement exceptionnel, un rapport circonstancié et dûment motivé doit être obligatoirement annexé quel que soit le montant alloué.*

**Rappel** : Le coefficient de la part résultats, y compris le versement exceptionnel, ne peut dépasser le plafond autorisé, fixé à 6.



NOM D'USAGE :  
PRÉNOM :  
NOM DE NAISSANCE :

**DOSSIER CNG  
ÉVALUATION DES DIRECTEURS DES SOINS ANNÉE 2015**

**FICHE C2**

**FICHE DE PROPOSITION D'INSCRIPTION AU TABLEAU D'AVANCEMENT À LA HORS CLASSE  
POUR L'ANNÉE 2016**

**Mobilités effectuées par l'agent concerné depuis l'accès dans le corps des directeurs des soins :**

-  
-  
-  
-

**Proposition d'inscription au tableau d'avancement 2016 :**     OUI     NON     SANS OBJET\*

\* La notion "SANS OBJET" concerne les directeurs des soins qui sont déjà hors classe ou les directeurs de classe normale qui ne remplissent pas les conditions statutaires.



**Avis motivé impératif en vue de proposition ou de non-proposition :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Date :

Signature : (prénom, nom et qualité de l'évaluateur)

**Observations éventuelles de l'évalué(e) sur les fiches A, A1, B1, B2, C1 et C2 :**

Date :

Signature :



NOM D'USAGE :  
PRÉNOM :  
NOM DE NAISSANCE :

**DOSSIER CNG  
ÉVALUATION DES DIRECTEURS DES SOINS ANNÉE 2015**

**FICHE 1**

**FICHE PRÉPARATOIRE A L'ENTRETIEN D'ÉVALUATION**

Bilan des résultats de l'année précédente fondé sur l'autoévaluation exprimée par l'évalué(e)  
**Reprendre les objectifs validés de l'année précédente (4 pages maximum)**

| OBJECTIFS ET ACTIONS PRIORITAIRES DÉFINIS | DÉLAI | CRITÈRES/INDICATEURS   | RÉSULTATS OBTENUS |
|---|-------|--|-------------------|
|   |       |  |                   |
| <b>Observations de l'évalué(e)</b>        |       | <b>Observations du chef d'établissement</b>                      |                   |
| Date :<br><br>Signature                   |       | Date :<br><br>Signature (prénom, nom et qualité de l'évaluateur) |                   |



NOM D'USAGE :  
 PRÉNOM :  
 NOM DE NAISSANCE :

**DOSSIER CNG  
 ÉVALUATION DES DIRECTEURS DES SOINS ANNÉE 2015**

**FICHE 2**

**FICHE PREPARATOIRE A L'ENTRETIEN D'ÉVALUATION**  
 Définition des objectifs pour l'année à venir *par référence à la fiche B1 (2 pages maximum)*

| OBJECTIFS ET ACTIONS<br>PRIORITAIRES DEFINIS                 | DELAI | CRITERES<br>D'ÉVALUATION           |
|--|-------|------------------------------------|
|  |       |                                    |
| <b>Observations du chef d'établissement</b>                  |       | <b>Observations de l'évalué(e)</b> |
| Date :<br>Signature (prénom, nom et qualité de l'évaluateur) |       | Date :<br>Signature                |



198A5 – ANNEXE V

MODÈLE DE DÉCISION DE COTATION DE LA PART FONCTIONS  
DE LA PFR ANNÉE 2015

Vu le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 modifié portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière;

Vu le décret n° 2005-1095 du 1<sup>er</sup> septembre 2005 modifié relatif à l'évaluation des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (art. 5);

Vu le décret n° 2012-749 du 9 mai 2012 relatif à la prime de fonctions et de résultats des corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière;

Vu le décret n° 2014-8 du 7 janvier 2014 relatif aux conditions de nomination et d'avancement dans les emplois fonctionnels de directeur des soins de certains établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière;

Vu l'arrêté du 9 mai 2012 fixant les montants de référence de la prime de fonctions et de résultats applicables aux corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière;

Vu la circulaire DGOS/DGCS n° 2012-241 du 19 juin 2012 relative à la mise en œuvre de la prime de fonctions et de résultats pour les personnels des corps de direction de la fonction publique hospitalière,

**Objet: décision d'attribution de la part fonctions de la PFR**

Nom-Prénom :

Corps :

Grade :

Fonction :

- est attributaire d'un logement par nécessité absolue de service.
- n'est pas attributaire d'un logement par nécessité absolue de service ou indemnisé à ce titre.

La cotation de l'emploi occupé est fixée à :

La variation de + 0,2 est attribuée en raison de :

La cotation totale de l'emploi occupé est fixée à :

Soit un montant annuel de la part fonctions de :

La présente décision prend effet à compter du :

La présente décision peut faire l'objet d'un recours gracieux ou d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent dans le délai de 2 mois à compter de sa notification.

Le

Nom :

Qualité :

Cachet/signature

MODÈLE DE DÉCISION D'ATTRIBUTION DE LA PART RÉSULTATS  
DE LA PFR ANNÉE 2015

Vu le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 modifié portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière;

Vu le décret n° 2005-1095 du 1<sup>er</sup> septembre 2005 modifié relatif à l'évaluation des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (art. 5);

Vu le décret n° 2012-749 du 9 mai 2012 relatif à la prime de fonctions et de résultats des corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière;

Vu le décret n° 2014-8 du 7 janvier 2014 relatif aux conditions de nomination et d'avancement dans les emplois fonctionnels de directeur des soins de certains établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière;

Vu l'arrêté du 9 mai 2012 fixant les montants de référence de la prime de fonctions et de résultats applicables aux corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière;

Vu la circulaire n° DGOS/DGCS/2012/241 du 19 juin 2012 relative à la mise en œuvre de la prime de fonctions et de résultats pour les personnels des corps de direction de la fonction publique hospitalière.

Vu l'évaluation 2015 de l'intéressé(e),

**Objet: Décision d'attribution de la part résultats de la PFR**

Nom-Prénom :

Corps :

Grade :

Fonction :

Le coefficient total de la part résultats de l'année 2015 (hors complément exceptionnel) était de :

Le coefficient d'évolution attribué au titre de l'année 2015 (compris entre 0 et 1) est de :

Le coefficient total de la part résultats est fixé pour l'année 2015 à :

Considérant la charge particulière d'activité assurée en 2015 en sus des missions habituelles, telle qu'elle ressort du rapport circonstancié et dument motivé annexé à la présente décision.

Il est attribué, pour l'année 2015, un versement exceptionnel dont le coefficient est fixé à :

Soit, un montant total de la part résultats de l'année 2015 :

(Rappel des sommes versées au cours de l'année 2015 : ..... €, au titre d'un complément exceptionnel attribué dans le cadre d'un intérim de direction d'une durée de ..... mois)

La présente décision prend effet à compter du :

La présente décision peut faire l'objet :

- d'un recours gracieux auprès de l'évaluateur;
- d'un recours auprès du président de la commission administrative paritaire nationale compétente *via* la directrice générale du centre national de gestion dans un délai de 2 mois suivant la notification afin de préserver les délais du recours contentieux;
- d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent dans le délai de 2 mois suivant la notification de la décision administrative ou d'une décision de rejet suite à un recours gracieux ou hiérarchique.

Le

Nom :

Qualité :

Cachet/signature



198A6 – ANNEXE VI

PROCESS ENTRETIEN D'ÉVALUATION

*Décret n° 2005-1095 du 1er septembre 2005 modifié*

*Décret n°2010-1153 du 29 septembre 2010 modifié*

*Arrêté du 1er septembre 2005*

| ETAPES DE L'ENTRETIEN D'EVALUATION - JOUR "J"  | DELAIS   |
|--|--|
| <p><b>Convocation à l'entretien d'évaluation et transmission des documents à l'évalué(e)</b></p> <p>Pour les chefs d'établissement, avis du Président du Conseil de surveillance ou conseil d'administration et transmission à l'évalué(e)</p> | <p><b>J-15</b></p>   |
| <p>Retour par l'évalué(e) des documents à l'évaluateur</p>   | <p><b>J-7</b></p>  |
| <p><b>Entretien d'évaluation</b></p> <p>Information de l'évalué(e) sur la PFR</p>  | <p><b>Jour "J"</b></p>   |
| <p>Remise des documents signés par l'évaluateur à l'évalué(e)</p>  | <p><b>J+15</b></p>   |
| <p>Retour <b>dans les 7 jours</b> des documents signés par l'évalué(e) à l'évaluateur complétés éventuellement de ses observations</p>   | <p></p> |
| <p>Transmission du support d'évaluation (original) au C.N.G. <b>au plus tard pour le 1er octobre 2015</b></p>  | <p></p> |
| <p><b>Notification PFR à l'évalué(e)</b><br/><b>Copie au C.N.G.</b></p>  | <p><b>J + 1 mois</b></p>   |

# SANTÉ

## ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

### Personnel

#### CNG

Centre national de gestion

Département de gestion des directeurs

Unité des directeurs d'établissements sanitaires,  
sociaux et médico-sociaux

**Note d'information CNG/DGD/UD3S n° 2015-199 du 12 juin 2015 relative à l'évaluation et à la prime de fonctions et de résultats au titre de l'année 2015 des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (2° à 6°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, des établissements mentionnés au 1° de l'article 2 de la même loi, figurant sur l'arrêté de la ministre de la santé et des sports en date du 22 avril 2008, fixant la liste des établissements publics de santé dans lesquels les directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux exercent leurs fonctions de directeur, ainsi que dans les établissements mentionnés aux 1° et 7° de la même loi en qualité de directeur adjoint**

NOR : AFSN1514248N

*Date d'application* : immédiate

Validée par le CNP, le 29 mai 2015 (n° 33).

Examinée par le COMEX, le 4 juin 2015.

*Résumé* : évaluation et régime indemnitaire des personnels du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière, au titre de l'année 2015.

*Mots clé* : entretien d'évaluation – évaluation des personnels de direction – critères objectifs de la modulation de la part résultats – régime indemnitaire – supports d'évaluation.

*Références* :

Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Loi n° 2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique ;

Décret n° 2005-1095 du 1<sup>er</sup> septembre 2005 modifié relatif à l'évaluation des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (art. 5) ;

Décret n° 2007-1926 du 26 décembre 2007 modifiant le décret n° 2005-920 du 2 août 2005 portant dispositions relatives à la direction de certains établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Décret n° 2007-1930 du 26 décembre 2007 modifié, portant statut particulier du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ;

Décret n° 2012-738 du 9 mai 2012 relatif aux conditions de nomination et d'avancement de certains emplois fonctionnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (2° à 6°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ainsi que de certains établissements mentionnés au 1° de cet article ;

Décret n° 2012-749 du 9 mai 2012 relatif à la prime de fonctions et de résultats des corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière ;

Arrêté du 9 mai 2012 fixant les montants de référence de la prime de fonctions et de résultats applicables aux corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière;

Circulaire DGCS/DGOS n° 2012-241 du 19 juin 2012 relative à la mise en œuvre de la prime de fonctions et de résultats pour les personnels des corps de direction de la fonction publique hospitalière.

**Annexes :**

Annexe 1. – Guide de l'évaluation.

Annexe 2. – Prime de fonctions et de résultats

Annexe 3. – Réponses aux questions les plus fréquemment posées.

Annexe 4. – Support d'évaluation.

Annexe 5. – Modeles de notification de la part fonctions et de la part résultats de la prime de fonctions et de résultats.

Annexe 6 – Process entretien évaluation.

**Plan de la note**

- I. Autorités compétentes
- II. Périodicité et mise en œuvre
- III. Recours
- IV. Bilan
- V. Retour des supports d'évaluation

*La directrice générale du Centre national de gestion à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé; Mesdames et Messieurs les préfets de département (pour exécution); Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale; Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux de la cohésion et de la protection des populations; Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux de la cohésion sociale; Mesdames et Messieurs les directeurs, chefs d'établissement (pour information).*

Le principe de l'évaluation des personnels de direction exerçant leurs fonctions dans les établissements relevant de l'article 2 (2° à 6°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée est régi par les textes visés en référence.

La présente note concerne l'ensemble des personnels de direction du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, conformément à l'article 3 du décret n° 2005-1095 du 1<sup>er</sup> septembre 2005 modifié. Elle précise les modalités d'application des dispositions réglementaires.

Il est rappelé que les personnels détachés ou mis à disposition sont concernés par la présente note.

Elle comporte six annexes : l'annexe n° 1 est consacrée au guide de l'évaluation, l'annexe n° 2 à la prime de fonctions et de résultats (PFR), l'annexe n° 3 aux réponses aux questions les plus fréquemment posées, l'annexe n° 4 au support de l'évaluation, l'annexe n° 5 aux modèles de notification de la PFR et l'annexe 6 au processus de l'entretien d'évaluation.

**I. – AUTORITES COMPÉTENTES**

En application de l'article 65-2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée, de l'article 44 de la loi n° 2010-751 du 5 juillet 2010, de l'article 2 du décret n° 2005-1095 du 1<sup>er</sup> septembre 2005 modifié, relatif à l'évaluation des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et du décret n° 2012-749 du 9 mai 2012 relatif à la prime de fonctions et de résultats des corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins

de la fonction publique hospitalière, les autorités compétentes pour conduire les entretiens d'évaluation et déterminer le régime indemnitaire, sont :

1. Pour les chefs d'établissement :

Les directeurs généraux des agences régionales de santé (DGARS), pour les établissements mentionnés aux 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> et 5<sup>o</sup> de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Il peut charger les responsables des délégations territoriales en charge du secteur médico-social, de conduire les entretiens de certains personnels de direction sous réserve qu'une délégation expresse leur ait été accordée à cet effet.

Le représentant de l'État dans le département, pour les établissements mentionnés aux 4<sup>o</sup> et 6<sup>o</sup> de l'article 2 de la même loi (établissements publics ou à caractère public relevant des services de l'aide sociale à l'enfance, maisons d'enfants à caractère social et centres d'hébergement et de réadaptation sociale).

Le préfet de département peut confier cette mission au directeur départemental en charge de la cohésion sociale ou à un de ses proches collaborateurs, sous réserve d'une délégation expresse.

Pour le cas où un établissement social relevant de la compétence du Préfet serait dans le cadre d'une direction commune associé avec un établissement public de santé ou médico-social, il appartient au directeur général de l'ARS concernée de conduire l'entretien d'évaluation du chef d'établissement de la direction commune, après avis des présidents des assemblées délibérantes.

2. Pour les directeurs adjoints : le directeur général ou le directeur, chef d'établissement.

## II. – PÉRIODICITÉ ET MISE EN ŒUVRE

La périodicité retenue pour les entretiens d'évaluation est annuelle. Compte tenu de la nécessité d'analyser les résultats de l'année en cours et de fixer les objectifs des personnels de direction au titre de l'année à venir, l'évaluation est réalisée, au plus tard, le 18 septembre 2015.

Il est rappelé qu'il s'agit d'une obligation règlementaire pouvant engager la responsabilité de l'évaluateur.

L'entretien d'évaluation se déroule sur la base de documents annexés à la présente note qui devront être transmis à l'ensemble des évaluateurs, par les DGARS ou par l'autorité compétente de l'État dans le département.

Je rappelle par ailleurs que, en ce qui concerne les directeurs, chefs d'établissement, l'avis du (ou des) président(s) de conseil(s) d'administration, ou conseil de surveillance pour les établissements publics de santé (Fiche A1) doit être sollicité au préalable et communiqué au directeur concerné avant l'entretien d'évaluation.

Pour permettre aux deux parties de préparer l'entretien d'évaluation, la date de celui-ci est fixée d'un commun accord et les documents supports de l'évaluation sont transmis au moins quinze jours à l'avance.

L'évalué devra faire retour de ces documents au moins une semaine avant l'entretien d'évaluation. Il en va de même bien entendu en ce qui concerne les directeurs généraux des agences régionales de santé, vis-à-vis des directeurs occupant les fonctions de chef d'établissement.

L'entretien se déroule impérativement sans la présence d'un tiers.

À l'issue de l'entretien d'évaluation, l'évaluateur indique au directeur concerné le coefficient de la part liée aux résultats de la Prime de Fonctions et de résultats (PFR) qui doit nécessairement être en adéquation avec l'évaluation réalisée. Ce coefficient et le montant de la part résultats correspondant font impérativement l'objet d'une notification individuelle (selon le modèle figurant en annexe 5) transmise dans le délai d'un mois par l'évaluateur. Une copie est adressée au Centre National de Gestion (CNG).

Font l'objet d'une évaluation, les directeurs, chefs d'établissement et les directeurs adjoints ayant exercé pendant au moins 6 mois au cours de la période évaluée de l'année considérée.

Dans l'hypothèse où un changement de fonction ou d'affectation intervient au 1<sup>er</sup> juillet de l'année considérée, l'autorité en charge de l'évaluation est celle compétente pour les six premiers mois de l'année. Les objectifs pour l'année à venir sont fixés par le nouvel évaluateur.

Il est rappelé que l'évaluation ne doit pas porter sur la situation de l'établissement mais uniquement sur les compétences et le bilan de l'activité de l'évalué(e), au cours de la période considérée. À cet effet, il convient, d'une part, de dresser le bilan de l'année écoulée au regard des objectifs précédemment fixés et, d'autre part, de fixer à l'évalué(e) des objectifs clairs, précis et réalistes, pour l'année à venir.

De plus, pour les personnels remplissant les conditions d'accès au tableau d'avancement, il est indispensable de compléter la proposition d'inscription figurant sur la fiche C2 du support d'évaluation, en appuyant cette proposition (ou non-proposition) d'un avis motivé.

### III. – RECOURS

Le directeur évalué, dès lors qu'il a signé, a la possibilité de demander une révision de son évaluation. La signature de celle-ci est impérative; elle signifie que l'évalué(e) a pris connaissance de son évaluation mais n'emporte pas accord sur son contenu.

Il peut également, dès qu'il en a eu notification, demander la révision de la part résultats de son régime indemnitaire.

Dans ce cas, l'évalué(e) présente, sans préjudice du recours gracieux, un recours devant la commission administrative paritaire nationale (CAPN), sous couvert de l'évaluateur.

Sa requête doit indiquer précisément les éléments d'appréciation dont la suppression ou la modification est demandée ou indiquer de façon motivée la réévaluation du coefficient demandé.

Elle doit être présentée dans les deux mois suivant la date de notification des supports d'évaluation et/ou de la notification de coefficient de la part résultats, à peine de forclusion et formulée par lettre adressée au président de la CAPN sous couvert de l'évaluateur. Ce dernier transmet la demande au centre national de gestion (département de gestion des directeurs - unité de gestion des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux) après y avoir joint un rapport exposant les motifs sur lesquels il s'est fondé pour effectuer son évaluation.

Qu'il s'agisse d'un recours concernant l'évaluation, d'un recours concernant le coefficient de la part résultats, ou enfin d'un recours concernant tant l'évaluation que le coefficient de la part résultats, l'évalué(e) est invité(e) à transmettre directement un double de sa demande au centre national de gestion (département de gestion des directeurs - unité de gestion des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux) afin de ne pas retarder le processus de saisine de l'instance paritaire. Ce dernier recevra alors un accusé de réception lui notifiant l'engagement du processus.

Le recours est présenté devant la CAPN correspondant à son grade, l'avis qu'elle a formulé est transmis à l'évaluateur qui doit notifier sa décision à l'évalué et l'informer des voies de recours. Une copie de cette notification est impérativement transmise au centre national de gestion pour information de la CAPN.

Il est à noter que la part fonctions ne peut faire l'objet d'un recours devant la CAPN. Néanmoins, elle peut faire l'objet d'un recours gracieux devant l'autorité compétente, voire d'un recours contentieux.

### IV. – BILAN

Un bilan de la campagne d'évaluation et un bilan de la prime de fonctions et de résultats seront présentés au comité consultatif national.

Dans cette perspective, les DGARS et les préfets, seront saisis par la cellule statistiques du centre national de gestion de façon à permettre la transmission des bilans dans le format souhaité, et ce au plus tard, avant le 31 mai de l'année  $n + 1$ .

Ces deux bilans seront portés à la connaissance des évaluateurs.

### V. – RETOUR DES SUPPORTS D'ÉVALUATION

Les supports d'évaluation finalisés et signés (dossier CNG) devront être transmis exclusivement par voie postale à l'adresse suivante :

Centre national de gestion  
Département de gestion des directeurs  
Unité de gestion des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux  
21B, rue Leblanc, 75015 Paris

accompagnés d'une copie des notifications des montants de la part liée aux fonctions et aux résultats pour l'année considérée.

L'évaluation ayant été réalisée au plus tard avant le 18 septembre de l'année 2015, chaque évaluateur, compte tenu des éventuels recours qui peuvent intervenir devant la CAPN doit retourner expressément les supports d'évaluation (fiches A, A1, B1, B2, C1 et C2) et les notifications de la PFR pour le 1<sup>er</sup> octobre 2015, dernier délai.



À cet égard, j'appelle notamment votre attention sur la nécessité de disposer de ces éléments impérativement pour cette date, afin de permettre au CNG de préparer le tableau d'avancement à la hors-classe pour l'année 2016 (sur la base des éléments contenus dans la fiche C2), qui doit être présenté, pour avis, à la CAPN avant le 31 décembre 2015. Ils permettent également d'assurer la bonne gestion de la carrière des intéressés en vue de mobilités futures ou de repositionnements professionnels.

Vous voudrez bien m'informer des difficultés rencontrées à l'occasion de la mise en œuvre de la présente note.

*La directrice générale du Centre national de gestion,*  
D. TOUPILLIER



199A1 – ANNEXE 1

GUIDE DE L'ÉVALUATION

I. – OBJECTIFS ET PRINCIPES GÉNÉRAUX

L'évaluation vise à apprécier la valeur professionnelle du directeur dans l'emploi qu'il occupe. Trois objectifs sont essentiellement recherchés lors de la mise en œuvre de l'évaluation :

- l'appréciation des résultats annuels constatés en fonction d'objectifs convenus antérieurement et, à cette occasion, la détermination précise des compétences et des qualités professionnelles du personnel évalué, compte tenu de la complexité du contexte professionnel de l'établissement ;
- la détermination et la fixation des objectifs à atteindre, pour l'année à venir, après discussion avec l'évalué(e) ;
- l'objectif de conseiller, orienter et accompagner le professionnel en fonction de ses intérêts et compétences et des besoins de l'institution qui l'emploie, ainsi que de ses perspectives d'évolution professionnelle.

L'évaluation s'appuie donc sur la valorisation individuelle du directeur tout au long de sa carrière pour tendre vers une gestion des emplois et des compétences plus dynamique. Elle constitue un outil de communication et de gestion qui implique à la fois l'évaluateur et l'évalué(e).

L'évaluateur peut, dans ce cadre, apprécier notamment au travers des entretiens individuels qu'il mène, les qualités professionnelles des directeurs, leur efficacité et leurs motivations. Il prend en compte leurs attentes dans le souci d'une adéquation réussie entre leurs compétences et le profil du poste occupé. À cette occasion, il peut détecter les capacités de l'évalué(e) à évoluer vers d'autres fonctions et/ou d'autres métiers.

C'est, par ailleurs, lors de l'entretien d'évaluation, que l'évaluateur détermine les capacités de l'évalué(e) à être promu(e) au grade supérieur.

L'évaluation doit donc porter non sur la situation de l'établissement mais sur la gestion du directeur et sur la part revenant à sa gestion dans la situation, bonne ou mauvaise de la structure. Il importe donc que soient fixés aux personnels de directions, chef d'établissement ou adjoints, des objectifs clairs et réalisables dans le contexte, permettant d'en évaluer le bilan en fin d'exercice.

L'évalué(e) a la possibilité de s'exprimer de manière approfondie dans un cadre formalisé.

L'évaluation doit lui permettre de mesurer ses aptitudes, ses compétences et ses potentiels afin de les améliorer de manière continue. Elle le rend plus impliqué dans les modalités et l'accomplissement de ses missions. Elle permet de garder la trace des missions réalisées. Elle est un point d'appui pour son orientation et son évolution professionnelle. Elle doit être également l'occasion pour l'évaluateur d'accompagner le directeur évalué dans cette évolution.

L'évaluation présente l'intérêt pour tous les personnels de direction d'apprécier de manière objective le contexte dans lequel ils accomplissent leurs missions, dans le respect d'objectifs individuels et collectifs s'inscrivant dans la politique menée par l'établissement. C'est donc bien le directeur qui est évalué au travers de sa contribution professionnelle et de son engagement personnel, et non la situation de l'établissement au sein duquel il exerce.

L'évaluation doit être sincère et menée avec un grand souci d'objectivité. L'évaluateur est lui-même évalué sur la manière dont il conduit l'évaluation des personnels de direction qui relèvent de son autorité, ainsi que sur le respect de la procédure et de ses délais.

II. – DÉROULEMENT DE L'ENTRETIEN D'ÉVALUATION

L'entretien d'évaluation doit se concevoir comme un moyen d'expression reposant sur une écoute réciproque et constructive et se situant dans un climat de confiance et de respect mutuel.

À cet effet, le nom, la qualité et la signature lisibles de l'évaluateur doivent impérativement figurer sur le support d'évaluation transmis au centre national de gestion. Sur ce support, doit également figurer la signature du personnel de direction évalué, attestant qu'il en a pris connaissance.

Il est également rappelé que l'entretien doit se dérouler sans la présence d'un tiers.

L'entretien d'évaluation du personnel porte sur :

- les résultats professionnels obtenus au cours de l'année au regard d'une part, des objectifs annuels qui lui ont été assignés l'année précédente, en tenant compte des missions pluriannuelles, et d'autre part des moyens mis à sa disposition et des conditions d'organisation et de fonctionnement de l'établissement ;
- la détermination des objectifs annuels à atteindre pour l'année à venir en tenant compte des missions pluriannuelles ;
- ses besoins de formation, compte tenu notamment de l'évolution de ses missions ;
- ses perspectives professionnelles en termes de carrière et de mobilité pour les deux prochaines années.

Lors de cet entretien, le coefficient de la part résultats doit être communiqué à l'évalué(e). Ce coefficient ainsi que le montant de la part résultats est notifié dans un délai d'un mois à l'évalué(e), suivant le modèle fourni en annexe 5.

### III. – MÉTHODOLOGIE DE L'ENTRETIEN D'ÉVALUATION

#### 3.1. *Le contenu du dossier d'évaluation*

Il s'appuie sur deux documents :

le dossier «établissement» qui comprend les fiches 1 et 2. Elles concernent le bilan de l'année passée et les objectifs pour l'année à venir. Elles servent à préparer l'entretien d'évaluation de l'année suivante. Ces fiches sont conservées par l'évaluateur et l'évalué(e). Elles peuvent être produites, le cas échéant, lors d'un recours devant la commission administrative paritaire nationale ;

le dossier «CNG» qui regroupe les fiches A, A1, B1, B2, C1 et C2. Elles constituent le compte rendu d'évaluation. Une copie de celles-ci est conservée par l'évaluateur et l'évalué(e). L'original est transmis au centre national de gestion pour classement dans le dossier administratif de l'intéressé(e).

#### 3.2. *Description du poste occupé par l'agent et principales actions menées au cours de la période évaluée*

Ces rubriques sont remplies par l'évaluateur de façon précise et concise. Elles permettent de situer le directeur dans l'emploi qui lui est confié et constituent un élément d'aide à la définition de son degré de responsabilités dans l'accomplissement des missions de l'établissement.

Elles permettent également de mettre en perspective son activité et son environnement de travail, les moyens qui lui sont alloués et donc, d'objectiver les conditions dans lesquelles il a exercé ses missions pour l'année écoulée.

#### 3.3. *L'évaluation des résultats professionnels*

L'évaluateur doit apprécier les résultats atteints, les réussites ou les insuffisances ainsi que les raisons qui sont à l'origine des éventuels écarts avec les résultats attendus. Ces derniers sont ceux définis au regard des objectifs fixés pour l'année en cours lors de l'entretien de l'année précédente.

#### 3.4. *La détermination des objectifs de l'année à venir*

Le directeur se voit fixer des objectifs annuels qui se situent dans le cadre des objectifs de l'établissement. Il est indispensable qu'il replace son activité dans les politiques menées par l'établissement afin de lui permettre de prendre la mesure de son action et de son positionnement dans l'établissement compte tenu de la complexité du contexte qui le caractérise. Il s'agit là d'une démarche fondamentale de gestion des ressources humaines.

Les objectifs annuels assignés doivent être clairs et réalistes, c'est-à-dire :

- mesurables : les résultats seront quantifiables (indicateurs) ou observables (compétences) ;
- accessibles : tant en terme de niveau de responsabilités, de compétences, que de moyens attribués ;
- discutés : ils ne sont pas juridiquement et statutairement négociés. Ils résultent d'un échange entre l'évaluateur et l'évalué(e) ;
- réalisables : en terme de délais, de calendrier de mise en œuvre et de modalités d'évaluation, des moyens mis à disposition et du contexte de l'établissement.

Ces objectifs s'articulent autour des missions principales confiées. Ils concernent les priorités d'action pour l'année à venir, l'évolution éventuelle des fonctions, des attributions, ou des tâches du directeur et des résultats qu'il lui est demandé d'atteindre. Ils peuvent aussi inclure des objectifs d'amélioration de l'activité.

### 3.5. *Souhaits d'évolution professionnelle et/ou de mobilité*

L'évalué(e) indique ses vœux d'évolution professionnelle et/ou de mobilité pour les deux prochaines années. Cependant l'expression de desiderata de mobilité géographique du directeur dans le support d'évaluation ne se substitue pas aux procédures existant en matière de mutation des personnels de direction.

L'évaluateur peut apprécier les qualités professionnelles dominantes de l'évalué(e) et formuler les appréciations et conseils qui lui semblent utiles. Pour autant, la mobilité ne doit pas avoir, pour l'évalué(e), un caractère pénalisant dans la procédure d'évaluation et dans l'attribution du coefficient de sa part résultats, ni pour la proposition au grade d'avancement.

Il définit avec l'intéressé(e), de manière précise, les fonctions qu'il doit exercer de façon à procéder à un rapprochement avec les compétences qu'il a acquises du fait de son expérience passée et avec celles qui lui seront nécessaires pour son évolution professionnelle.

À cette occasion, l'évaluateur se doit également d'identifier les points sur lesquels il lui paraît utile que le directeur renforce particulièrement son effort. Il s'agit ainsi de déceler les compétences qui pourraient être développées.

L'évaluateur doit veiller à ce que les objectifs fixés soient accessibles au directeur et ne relèvent pas de décisions appartenant à d'autres en la matière.

Pour cela, il doit prendre en compte l'organisation de l'établissement, le champ d'intervention de son collaborateur (pour les directeurs adjoints), la définition de son degré de responsabilité, l'environnement matériel et logistique, etc.

### 3.6. *Observations éventuelles de l'évalué sur la conduite de l'entretien*

L'évalué(e) peut, s'il l'estime nécessaire, compléter le support d'évaluation par ses observations sur la conduite de l'entretien et son contenu.

L'ensemble des rubriques de commentaires et observations du directeur évalué est au besoin renseigné de façon manuscrite après que l'évaluateur, ayant rempli l'ensemble des autres rubriques, lui aura remis, dans un délai qui ne peut pas excéder 1 mois, le compte rendu qu'il aura lui-même signé (ou contresigné dans le cas où la conduite de l'entretien a été déléguée).

Le directeur dispose d'un délai de 7 jours ouvrés et hors congés de toute nature à compter de la remise du document, afin de le signer pour attester qu'il en a pris connaissance et qu'il a bien bénéficié du temps requis pour formuler ses remarques éventuelles. Il n'est donc pas tenu de signer le compte rendu d'entretien dès sa remise par l'évaluateur.

À la fin de l'entretien, un moment privilégié doit être réservé à l'évalué(e) pour lui permettre d'exprimer ses perspectives et ses attentes professionnelles dans sa relation avec l'évaluateur, incluant si nécessaire des propositions d'amélioration des relations entre la direction générale de l'agence régionale de santé ou le représentant de l'État dans le département (pour les chefs d'établissement), des propositions d'amélioration des relations entre le chef d'établissement et ses adjoints ou entre les adjoints (pour les directeurs-adjoints).

Lorsque le document a été signé par l'évaluateur et l'évalué(e), chacun en garde une copie. Le dossier C.N.G. original (fiches A, A1, B1, B2, C1 et C2) ainsi que les notifications de parts liées aux fonctions et aux résultats sont transmis au centre national de gestion, pour classement dans le dossier administratif de l'intéressé(e).

### 3.7. *Mobilité ou affectation en cours d'année*

Il est rappelé que sont évalués les personnels de direction qui ont exercé au moins 6 mois au cours de l'année considérée.

Dans l'hypothèse où un changement de fonction ou d'affectation intervient au 1<sup>er</sup> juillet de l'année *n*, l'autorité en charge de l'évaluation est celle qui était compétente pour les six premiers mois de l'année.

Dans le cas où un directeur quitte son poste en cours d'année, celui-ci est évalué au titre de l'établissement où sa durée d'affectation a été la plus longue.

Dans le cas où un directeur a exercé sur une période inférieure à 6 mois, parce qu'il quitte provisoirement ou définitivement le corps (détachement, mise à disposition, départ à la retraite), il convient de déterminer un coefficient de part résultats au prorata du temps d'activité dans son établissement. Pour un personnel arrivant nouvellement dans le corps, il revient à l'autorité en charge de l'évaluation de fixer des objectifs et de déterminer un coefficient de part résultats de la prime de fonctions et de résultats, au prorata du temps d'activité dans son établissement.

En cas de mobilisation des jours placés en CET, l'évalué(e) conserve son régime indemnitaire, même si son absence précède un départ, notamment en retraite, tant pour la part relative aux fonctions que pour la part relative aux résultats.

Dans l'hypothèse d'un changement d'affectation de l'évaluateur, il appartient à la nouvelle autorité compétente de procéder à l'évaluation et s'il le souhaite de se rapprocher de l'ancien évaluateur.

Dans le cas où un directeur ne peut être évalué (activité de moins de 6 mois), il appartient à l'évaluateur d'apprécier les objectifs atteints et les résultats obtenus afin de déterminer un coefficient de part résultats au vu de son temps de présence. Il en va de même pour un personnel arrivant nouvellement dans le corps.

### 3.8. Conséquences de l'évaluation sur le régime indemnitaire

La fixation de la part résultats de la prime de fonctions et de résultats attribuée au personnel de direction doit être en parfaite adéquation avec l'évaluation de ce dernier.

Le coefficient de cette part liée aux résultats et son montant correspondant doivent impérativement être communiqués à l'évalué(e) à l'issue de l'entretien d'évaluation et confirmés par une notification (*cf.* modèle joint en annexe n° 5) dans le délai d'un mois par l'évaluateur, une copie de notification étant systématiquement communiquée au CNG avec le dossier d'évaluation.

La part liée aux résultats peut comprendre, au titre d'une année le versement d'une attribution annuelle exceptionnelle, non reconductible automatiquement d'une année sur l'autre.

### 3.9. Propositions d'inscription au tableau d'avancement à la hors classe

Les conditions d'ancienneté et de mobilité requises pour bénéficier d'un avancement de grade (hors classe) sont régies par l'article 22 du décret n° 2007-1930 du 26 décembre 2007 modifié. Celles-ci sont les suivantes :

avoir atteint le 5<sup>e</sup> échelon du grade de la classe normale et justifier de cinq années de services effectifs dans le corps (avant le 31 décembre de l'année N). Pour les fonctionnaires accueillis par voie de détachement dans le corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en application de l'article 9 du décret n° 2007-1930 du 26 décembre 2007 modifié, « les services accomplis dans le corps d'origine sont assimilés à des services accomplis dans le corps d'accueil pour les avancements d'échelon et de grade » ;

avoir exercé, depuis l'accès dans le corps, dans au moins deux établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 modifiée (avant le 31 décembre de l'année N-1).

En application du 3<sup>e</sup> alinéa de l'article 22, « les périodes de détachement ou de mise à disposition d'une durée supérieure à douze mois accomplies, d'une quotité au moins égale à 50 %, sont considérées comme un changement d'établissement au sens de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée pour l'application des dispositions du deuxième alinéa », relatives aux conditions de mobilité. Les périodes de disponibilité font, par ailleurs, l'objet d'un examen par le comité de sélection, qui statue sur leur éventuelle prise en compte au titre d'un changement d'affectation.

Par ailleurs, les directeurs qui assurent ou sont membres, lors de sa constitution, d'une direction commune ou d'une fusion d'établissements, sont considérés avoir effectué une mobilité fonctionnelle. Pour l'application de cette disposition, la nomination du ou des directeur(s) de la direction commune ou de la fusion devra avoir été enregistrée par un arrêté du Centre National de Gestion, avant la constitution du tableau d'avancement lors de la commission administrative paritaire nationale.

Les directeurs qui remplissent ces conditions statutaires, doivent, pour être inscrits au tableau d'avancement, faire l'objet d'une proposition d'inscription, et d'une évaluation en cohérence avec cette proposition.

La proposition d'inscription ou de non-inscription doit impérativement être motivée par l'évaluateur.

199A2 – ANNEXE 2

PRIME DE FONCTIONS ET DE RESULTATS (PFR)

La prime de fonctions et de résultats se décompose en deux parts, l'une tenant compte des responsabilités, du niveau d'expertise et des sujétions liées aux fonctions exercées, « part fonctions » l'autre tenant compte des résultats de la procédure d'évaluation individuelle et de la manière de servir « part résultat »

Ces deux parts sont cumulables et modulables indépendamment l'une de l'autre par application de coefficients multiplicateurs aux montants annuels de référence fixés par arrêté du 9 mai 2012 (publié au *Journal officiel* du 10 mai 2012).

La circulaire DGOS/DGCS n° 2012-241 du 19 juin 2012 relative à la mise en œuvre de la prime de fonctions et de résultats pour les personnels des corps de direction de la fonction publique hospitalière détermine le barème des plafonds indemnitaires (plafonds de la part fonctions, de la part résultats et de l'attribution exceptionnelle), ainsi que les cotations des fonctions exercées par les directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

La présente annexe a pour finalité d'explicitier les modalités de calcul de la Prime de Fonctions et de Résultats.

I. – MODALITÉS D'ATTRIBUTION ET DE VERSEMENT DE LA PRIME DE FONCTIONS ET DE RÉSULTATS

La prime de fonctions et de résultats est composée d'une part liée aux fonctions et d'une part liée aux résultats dont les montants varient selon la classe et l'emploi détenu par le bénéficiaire et les fonctions exercées.

1.1. *Les composantes de la prime de fonctions et de résultats sont :*

La part liée aux fonctions exercées dite « part fonctions »

Les emplois de personnel de direction doivent d'abord faire l'objet d'une cotation de fonctions selon le barème défini dans l'annexe II-B de la circulaire DGOS/DGCS n° 2012-241 du 19 juin 2012 :

- pour les chefs d'établissements sanitaires ou médico-sociaux sur emplois fonctionnels ou non fonctionnels : par le directeur général de l'agence régionale de santé compétente ;
- pour les chefs d'établissement sociaux sur emplois fonctionnels ou non fonctionnels : par le représentant de l'État dans le département ;
- pour les emplois de directeurs adjoints : par le chef d'établissement.

Pour les directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux bénéficiant de l'application de l'une des dispositions du décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010 (c'est-à-dire bénéficiant d'un logement de fonction ou d'une indemnité de logement), le coefficient est compris entre 1 et 3, selon le barème figurant dans l'annexe II-B de la circulaire DGOS/DGCS n° 2012-241 du 19 juin 2012. Dans les autres cas, les directeurs qui ne sont pas logés (notamment pour les directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux mis à disposition), la cotation de l'emploi pour part liée aux fonctions exercées est multipliée par 2.

Un même emploi a deux cotations selon le grade de l'agent qui l'occupe ou peut l'occuper.

Cette cotation a vocation à rester stable tant que l'agent occupe les mêmes fonctions mais peut être modifiée en cours d'année en cas de changement de grade ou en cas d'exercice de fonctions différentes qui conduit à l'évolution de la cotation de l'emploi occupé.

La cotation de la part fonctions fait l'objet d'une notification individuelle (selon le modèle figurant en annexe 5) communiquée au directeur concerné et au centre national de gestion. Toute modification de la cotation (changement de grade, modification de l'organigramme et des responsabilités liées au poste, etc.) doit également être communiquée préalablement et fait l'objet d'une notification individuelle dans les mêmes formes.

Cette ou ces cotation(s) (en cas d'évolution en cours d'année) doivent impérativement figurer sur la 1<sup>re</sup> page du support d'évaluation et sur la fiche de poste.

Il est recommandé de verser selon une périodicité mensuelle la part relative aux fonctions, correspondante à l'année en cours.



### La part liée aux résultats individuels dite « part résultats »

Les modalités de détermination de la part liée aux résultats figurent dans l'annexe III-B de la circulaire DGOS/DGCS n° 2012-241 du 19 juin 2012.

Les montants individuels sont arrêtés en fonction de l'atteinte des objectifs fixés et de la manière de servir, appréciés au terme de l'évaluation.

Le montant de la part liée aux résultats est déterminé par l'autorité ayant pouvoir d'évaluation au sens du décret portant dispositions relatives à l'évaluation des personnels précités, à savoir :

- le directeur général de l'agence régionale de santé (DGARS) pour les directeurs chefs d'établissements. Il peut charger les responsables des délégations territoriales de conduire les entretiens de certains personnels de direction, sous réserve qu'une délégation expresse ait été accordée à cet effet;
- le représentant de l'État dans le département pour les directeurs chefs d'établissements sociaux;
- le directeur général ou le chef d'établissement pour les directeurs adjoints.

La part résultats a vocation à être maintenue ou ajustée, à la baisse ou à la hausse, pour tenir compte des résultats de l'évaluation au titre de l'année 2015.

Au titre de l'année 2015, le montant de la part Résultats aura pour base le coefficient alloué au titre de l'année 2014 (versement exceptionnel non compris).

La modulation annuelle de la part liée aux résultats doit être en parfaite adéquation avec l'évaluation de l'année. Elle intègre l'atteinte ou non par le directeur des objectifs qui lui ont été fixés.

Aucune progression annuelle ne peut être supérieure au montant unitaire d'une part liée aux résultats. Toute diminution du montant individuel de la part liée aux résultats ne peut pas représenter plus de la valeur unitaire d'une part. Elle doit être systématiquement assortie d'un rapport dûment circonstancié et motivé. La modulation annuelle de la part Résultats est donc fixée par un coefficient établi entre - 1 et + 1 avec décimale (1 chiffre maximum)

Une attention toute particulière sera portée sur l'évolution de la part résultats d'une année sur l'autre. Le montant déterminé n'a pas vocation à être reconduit d'année en année ou à faire l'objet d'une évolution prédéterminée. Il importe qu'il y ait une grande cohérence entre l'appréciation que l'évaluateur fait du travail accompli par l'agent et le montant alloué au titre de la part liée aux résultats.

Au total, le coefficient de la part liée aux résultats est compris entre 0 et 6 déterminés par nombre entier ou avec décimale (1 chiffre maximum) entre le plancher et le plafond ainsi définis.

La mobilité ne doit pas être, pour l'évalué(e) un critère pénalisant dans la procédure d'évaluation et dans l'attribution du montant de la part liée aux résultats.

Chaque directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social se verra communiqué le coefficient attribué et le montant calculé à l'issue de l'entretien d'évaluation. Ce coefficient et ce montant lui seront notifiés par écrit au plus tard dans le délai d'un mois, suivant le modèle de notification de l'annexe 5.

La part liée aux résultats est versée au plus tard à la fin du premier trimestre de l'année civile suivant celle correspondant au service fait par le personnel de direction, soit le 31 mars 2016.

Les directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux qui assurent un intérim commencé antérieurement à la date de publication (10 mai 2012) du décret du 9 mai 2012 et qui perçoivent, à ce titre, l'indemnité d'intérim, continuent de percevoir ladite indemnité, selon les dispositions antérieurement applicables, jusqu'à l'achèvement de la période d'intérim.

### L'attribution d'un complément exceptionnel

L'attribution d'un complément exceptionnel de la part liée aux résultats (sous la forme d'un coefficient à une décimale) peut également reconnaître des efforts particuliers liés, notamment, à un surcroît d'activités conjoncturel.

L'attribution exceptionnelle a vocation à reconnaître financièrement la charge particulière d'activités et/ou de résultats très remarquables d'un directeur en sus de ses missions habituelles et/ou au-delà des objectifs et des résultats obtenus (période d'intérim, conduite de projet d'une coopération particulièrement complexe, compensation d'une charge de travail supplémentaire significative et anormalement lourde...). L'évaluateur doit, en conséquence, produire un rapport annexé à la fiche d'évaluation quel que soit le montant.

Il est précisé que le montant fixé au titre de l'attribution exceptionnelle en complément de la part liée aux résultats individuels est pris en compte dans la limite du plafond de la part résultats de l'année au cours de laquelle elle est versée.

Le complément exceptionnel n'est pas reconductible d'une année sur l'autre. Cette attribution exceptionnelle fait également l'objet d'une notification individuelle dans les mêmes formes.

1.2. *Les abattements devant être pris en compte pour le calcul de la prime de fonctions et de résultats*

Cf. annexe n° III-B de la circulaire DGOS/DGCS n° 2012-241 du 19 juin 2012.

II. – LES CRITÈRES DE L'ÉVALUATION À PRENDRE EN COMPTE POUR LA DÉTERMINATION DU COEFFICIENT DE LA PART RÉSULTATS

Qu'il s'agisse de l'évaluateur ou de l'évalué(e), il est important que l'un ou l'autre connaisse les critères objectifs de la modulation de la part liée aux résultats. Pour ce qui concerne les chefs d'établissement, deux considérations sont à croiser avec les critères figurant dans la fiche d'évaluation, à savoir :

- les résultats obtenus dans ses activités de stratégie ;
- les résultats obtenus dans sa pratique managériale dont son aptitude au dialogue social et celle relative à l'évaluation des adjoints.

Pour ce qui concerne les directeurs adjoints, deux considérations sont également à croiser avec les critères figurant dans la fiche d'évaluation au regard de leurs champs d'attribution. Ce sont les suivants :

- les résultats obtenus dans ses activités de stratégie ;
- les résultats obtenus dans sa pratique managériale dont son aptitude au dialogue social et celle relative à l'évaluation de ses collaborateurs directs.

La grille d'évaluation liée aux résultats obtenus

Pour permettre une harmonisation des critères objectifs de la modulation de la part liée aux résultats sur l'ensemble du territoire, une grille type est proposée dont chaque directeur évalué doit avoir pris connaissance préalablement à l'entretien.

Le montant de la part liée aux résultats doit être en parfaite adéquation avec l'évaluation de l'année, en rappelant que toute baisse doit être justifiée par un rapport circonstancié et motivé remis au directeur concerné.

*Les chefs d'établissement*

|  |      |
|--|------|
| Les résultats obtenus dans ses activités de stratégie  | 50 % |
| Définition et évolution du projet d'établissement, en lien avec l'agence régionale de santé, les directions régionales et départementales chargées de la cohésion sociale, les services du conseil général et les autres collectivités territoriales ;<br>Positionnement de l'établissement dans l'environnement territorial et pilotage de l'établissement en conformité avec les orientations nationales et territoriales (PRS, CHT, GCSMS, directions communes...);<br>Conduite et évaluation de la mise en œuvre des orientations stratégiques définies dans le projet d'établissement et dans tous les projets qui le constituent ;<br>Définition de la politique financière de l'établissement ;<br>Définition et adaptation de l'organisation de l'établissement et des services en fonction des évolutions internes et externes. |      |
| Les résultats obtenus dans sa pratique managériale   | 50 % |
| Elaboration et gouvernance des projets de restructuration ou de coopération,<br>Animation des réunions de concertation ou de négociation ;<br>Gestion en cas de conflits ou de crises liés aux projets de restructuration ou de coopération ;<br>Conduite générale de l'établissement : évaluation des collaborateurs directs, suivi du budget, promotion de la « bienveillance »...   |      |

*Les directeurs adjoints*

|  |      |
|--|------|
| Les résultats obtenus dans ses activités de stratégie  | 50 % |
| Assistance et conseils au chef d'établissement sur les choix stratégiques,<br>Contribution au projet d'établissement;<br>Prise en charge de l'élaboration et du suivi d'une ou plusieurs composantes du projet d'établissement;<br>Communication interne des projets pris en charge;<br>Animation des instances internes ou externes.  |      |
| Les résultats obtenus dans sa pratique manageriale   | 50 % |
| Animation et coordination d'activités et de projets ou de missions liées à la conduite du changement;<br>Management des équipes, notamment d'encadrement;<br>Pilotage des études et analyse des facteurs de risques et de succès des principaux projets;<br>Organisation de la gestion participative du changement;<br>Définition des plannings et des tableaux de bord ou des indicateurs de suivi. |      |



199A3 – ANNEXE 3

RÉPONSES AUX QUESTIONS LES PLUS FRÉQUEMMENT POSÉES

(Corps des DH – D3S – DS)

*Cette annexe est régulièrement actualisée, vous pouvez la retrouver sur notre site internet: <http://www.cng.sante.fr>*

TABLE DES MATIÈRES

**1. Part fonctions**

- Qui fixe la part fonctions ?
- La variation de +0,2 de la PF est-elle possible pour tous les directeurs adjoints exerçant au sein d'une direction commune ?
- Que doit-on entendre lorsque l'on parle «d'exercice multisites» pour la variation possible de + 0.2 pour les adjoints: entité juridique ou situation géographique ?
- Dans le cadre d'une cotation de part fonctions avec une variation de + 0,2 et si le directeur n'a ni logement (dans le patrimoine de l'établissement ou mise à disposition), ni indemnité compensatrice de logement, le coefficient est-il multiplié par 2 ?
- Faut-il doubler les points de cotation de la part fonctions lorsque le directeur refuse le logement de fonctions et que, par conséquent, l'établissement ne veut pas lui verser d'indemnité de logement ?
- Cotation de la PF pour les fonctionnaires conjoints, liés par un PACS ou concubins: (DH ou D3S ou DS)
- Selon quels critères un chef d'établissement est-il amené à notifier pour ses adjoints les cotations de 2,5 ou 2,7 pour les directeurs HC, les cotations de 2,4 ou 2,6 pour les directeurs CN ?
- Dans quelles situations la cotation de la part fonctions a-t-elle vocation à être modifiée ?
- En cas de mutation, comment est-on informé de la cotation d'un emploi de chef ou d'adjoint ? La cotation de l'emploi peut-elle varier à l'occasion de la vacance de celui-ci ?
- La cotation de la part fonctions est-elle liée à la procédure d'évaluation ?
- Lors d'une demande de publication de poste, un chef d'établissement est-il obligé de mentionner la cotation d'emploi à la fois pour les directeurs HC et les directeurs CN ?

**2. PFR et nomination dans le corps, changement de grade, changement de fonction, changement d'établissement**

- Nomination dans le corps (élèves) DH – D3S
- Nomination dans le corps (élèves) DS
- Nomination *via* le tour extérieur ou prise en charge par voie de détachement ou intégration directe
- En cas de changement de grade
- En cas de changement de fonction
- Quel établissement doit verser la PFR lorsqu'un directeur change d'établissement en cours d'année

**3. PFR et personnels de direction mis à disposition**

- Les mises à disposition auprès de la DGOS
- Les mises à disposition auprès d'autres établissements de santé ou autres administrations ou organismes

**4. PFR et personnels placés en recherche d'affectation**

**5. PFR et congés divers/temps partiel**

- Congés annuels, congé de maternité-paternité, congés de maladie pour raisons reconnues imputables au service
- Congé de formation professionnelle

- RTT et/ou CET.
- Congés maladie ordinaire, congés longue durée / congés longue maladie.
- Congé pour maladie professionnelle/accident de travail et de trajet.
- Temps partiel.

#### **6. PFR et réintégration dans le corps**

- Après un détachement.
- Après une disponibilité.
- Après un congé parental.
- Après une mise à disposition.

#### **7. PFR et indemnité d'intérim**

- Indemnité d'intérim (intérim en cours au 9 mai 2012)
- Intérim nouveau (après le 9 mai 2012)
- Quel est le montant de l'indemnité forfaitaire mensuelle ?
- Sur quels cotations et montants de référence se baser pour la PFR d'un directeur adjoint effectuant l'intérim de direction de son propre ou d'un autre établissement ? Quelle est l'autorité en charge de la notification de sa PFR ? Comment est valorisé son intérim ?
- Sur quel(s) budget(s) pèsent le versement exceptionnel et l'indemnité forfaitaire mensuelle lors d'un intérim ?
- Au cours d'un intérim commencé avant le 9 mai 2012, en cas de changement de l'intérimaire, quel régime s'applique ?
- Que perçoit le directeur d'un établissement amené à faire l'intérim d'une direction commune ?
- Dans le cadre du versement de l'indemnité forfaitaire mensuelle, quel(s) est (sont) l'(les) établissement(s) à prendre en considération pour la détermination du montant ?

#### **8. PFR et versement exceptionnel**

#### **9. PFR et emploi/échelon fonctionnel**

- Sur quels cotations et montants de référence se base-t-on pour attribuer la PFR des directeurs à la tête d'un établissement « échelon fonctionnel » ou « emploi fonctionnel » alors qu'ils ne remplissent pas les conditions pour les avoir ?
- Cotation des chefs d'établissement sur emplois fonctionnels (DH)

#### **10. Questions diverses**

- La part résultats de l'année considérée peut-elle être diminuée par rapport à la part résultats de l'année précédente ?
- Pour les établissements non dotés de la personnalité morale, l'avis du président de l'assemblée délibérante de la collectivité de rattachement est-il requis (D3S)
- Délais de recours sur l'évaluation
- Calcul de la part R de la PFR, en cas de modification du régime du logement des directeurs des soins

## 1. Part fonctions

*Qui fixe la part fonctions (PF) ?*

Elle est fixée par le chef d'établissement pour les directeurs adjoints et par le DG d'ARS ou le préfet pour les chefs d'établissement.

En l'absence de chef d'établissement, c'est le DG d'ARS ou le préfet qui cote l'emploi du directeur adjoint qui assure l'intérim.

*La variation de + 0,2 de la PF est-elle possible pour tous les directeurs adjoints exerçant au sein d'une direction commune ?*

À l'appréciation du chef d'établissement de la direction commune (responsable d'un site, directeur adjoint particulièrement impliqué).

*Que doit-on entendre lorsque l'on parle « d'exercice multi sites » pour la variation possible de + 0.2 pour les adjoints: entité juridique ou situation géographique ?*

Il relève de l'autorité du chef d'établissement d'apprécier la situation en ce qui concerne les cotations de la PF compte-tenu de la composition de son établissement (sites éloignés...) dans la mesure où les fonctions du directeur adjoint concerné le conduisent à exercer effectivement sur un site différent et significativement distant de celui sur lequel il est affecté à titre principal et pour une durée au moins égale à deux demi-journées par semaine.

*Dans le cadre d'une cotation de part fonctions avec une variation de +0,2 et si le directeur n'a ni logement (dans le patrimoine de l'établissement ou mise à disposition), ni indemnité compensatrice de logement, le coefficient est-il multiplié par 2 ?*

Oui, c'est l'ensemble de la cotation (variation comprise) qui est multipliée par 2 dans la limite de 6 parts.

*Faut-il doubler les points de cotation de la part fonctions lorsque le directeur refuse le logement de fonctions et que, par conséquent, l'établissement ne veut pas lui verser d'indemnité de logement ?*

Dans cette hypothèse, il relève de l'autorité en charge de l'évaluation de déterminer les cotations de la part fonctions à partir de la situation personnelle et familiale du directeur concerné et du patrimoine immobilier de l'établissement.

*Cotation de la PF pour les fonctionnaires conjoints, liés par un PACS ou concubins: (DH ou D3S ou DS)*

Il ne peut y avoir cumul de concessions de logement par nécessité absolue de service, celui des deux fonctionnaires qui ne bénéficie pas de la concession de logement (dans le patrimoine de l'établissement ou un logement locatif à l'extérieur) ou de l'indemnité de logement pour quelques motifs que ce soit, se voit attribuer une cotation de la PF:

- multipliée par deux pour les DH ou D3S
- égale à 3,8 ou 4 pour les directeurs de soins.

*Selon quels critères un chef d'établissement est-il amené à notifier pour ses adjoints les cotations de 2,5 ou 2,7 pour les directeurs hors classe (HC), les cotations de 2,4 ou 2,6 pour les directeurs de classe normale (CN) ?*

Le choix est laissé à l'appréciation du chef d'établissement, en fonction du périmètre de l'emploi occupé et des responsabilités correspondantes. Au sein de l'équipe de direction, il peut donc être amené à différencier les cotations, en fonction des emplois occupés.

*Dans quelles situations la cotation de la part fonctions a-t-elle vocation à être modifiée ?*

Pour un même emploi, la PF doit être revue en cas de changement de grade du directeur qui l'occupe.

Pour un même directeur, elle est revue en cas de changement de fonctions au sein d'une équipe, ou plus largement en cas de mutation et enfin en cas de changement de corps.

En cas de changement de fonctions au sein d'une équipe de direction, le chef d'établissement doit procéder dans l'ordre à la modification de l'organigramme, à la modification de la fiche de poste, à la modification si nécessaire de la cotation de son emploi et donc à une nouvelle décision d'attribution de sa PF.

*En cas de mutation, comment est-on informé de la cotation d'un emploi de chef ou d'adjoint? La cotation de l'emploi peut-elle varier à l'occasion de la vacance de celui-ci?*

Les candidats à la mutation sont informés de la cotation d'un emploi en se référant à la fiche de poste, obligatoirement transmise au CNG en même temps que la demande de publication d'un emploi, et sur laquelle figure la cotation.

L'autorité en charge de la cotation peut, à l'occasion d'une vacance d'emploi, ou non, reconsidérer le périmètre de celui-ci ou estimer que les responsabilités associées sont plus ou moins importantes. Il définit la cotation de l'emploi en conséquence.

*La cotation de la part fonctions est-elle liée à la procédure d'évaluation?*

Non. La cotation de l'emploi – et donc la notification de la décision d'attribution de la PF – peut être effectuée depuis la parution de la circulaire ministérielle qui prévoit la cotation des emplois, soit depuis le 19 juin 2012. Le versement de la PF, y compris le rattrapage par rapport aux indemnités abrogées et déjà versées, peut être mensualisé et a vocation à être versé en année N.

Seule la notification de la décision d'attribution de la part de résultats (PR) découle de l'évaluation, puisque celle-ci permet de fixer l'évolution, à la hausse ou à la baisse, du coefficient de PR. Le versement de celle-ci est alors effectué avant la fin du premier trimestre  $N + 1$ .

Il est rappelé que le support d'évaluation ne saurait être adressé aux intéressés postérieurement à la notification d'attribution de la PR. En effet, le recours contre la PR devant être motivé en fonction des résultats obtenus, il est indispensable pour les intéressés de pouvoir disposer des deux supports.

*Lors d'une demande de publication de poste, un chef d'établissement est-il obligé de mentionner la cotation d'emploi à la fois pour les directeurs HC et les directeurs CN?*

Oui. C'est le principe de la déconnexion de l'emploi et du grade. Tous les emplois d'adjoint, à l'exception des emplois fonctionnels, sont accessibles à la fois aux directeurs HC et CN.

## **2. PFR et nomination dans le corps/changement de grade/ changement de fonction/changement d'établissement**

*Nomination dans le corps (élèves) DH – D3S*

La part liée aux fonctions est liée à la cotation de l'emploi.

La détermination de la part liée aux résultats est fixée en fonction de leur évaluation et dans la limite de la valeur unitaire d'une part.

*Nomination dans le corps (élèves) DS*

La part liée aux fonctions est liée à la cotation de l'emploi.

La part liée aux résultats peut tenir compte également du niveau indemnitaire atteint par l'agent dans son précédent emploi.

*Nomination via le tour extérieur ou prise en charge par voie de détachement ou intégration directe*

La part liée aux fonctions est liée à la cotation de l'emploi.

Plusieurs cas de figure sont possibles pour la part liée aux résultats :

Si le fonctionnaire ne bénéficiait pas dans son corps d'origine de la PFR, la part liée aux résultats (PR) peut tenir compte également du niveau indemnitaire atteint par l'agent dans son précédent emploi/corps afin de maintenir globalement le niveau du régime indemnitaire antérieur.

Exemple : M. X avait un régime indemnitaire global de 20 000 € (hors NBI) dans son précédent emploi, il est affecté sur emploi de DA, DH de classe normale coté en part liée aux fonctions à 2,4, soit un montant de 11 952 € (il est logé), la part liée aux résultats devra intégrer le différentiel, soit 8 048 €.

Le coefficient de la part résultat avant évaluation

=  $8\,048 \text{ €} / 3\,320 = 2,42$  arrondi à 2,5 ( $2,5 * 3\,320 = 8\,300 \text{ €}$ )

Si le fonctionnaire bénéficiait dans son corps d'origine de la PFR, la part liée aux résultats (PR) a vocation à être reconduite à partir du montant fixé l'année  $N - 1$ , majoré ou minoré de l'évolution déterminée au titre de l'année  $N$ .

Exemples :

Exemple 1: Mme Y, D3S classe normale avait une PR de 6 000 € dans sa précédente affectation. Elle est détachée dans le corps des DH (classe normale). Le coefficient d'entrée avant évaluation qui lui est fixé est donc :

$$6\,000\ \text{€} / 3\,320 = 1\,807 \text{ arrondi à } 1,9 \quad (1,9 \times 3\,320 = 6\,308\ \text{€}).$$

Exemple 2: détachement d'un DH dans le corps des D3S au 01/01/XXXX.

M. Y, directeur d'hôpital hors classe, a perçu, au titre de la part Résultats  $N - 1$ , un montant annuel de 14 720 euros. Monsieur Y, directeur d'hôpital hors classe, est détaché dans le corps des D3S hors classe, à compter du 01/01/XXXX.

Le coefficient d'entrée dans le corps des D3S, avant évaluation, au 01/01/XXXX est déterminé par référence au montant de la part Résultats perçu  $N - 1$  soit :

$$14\,720 / 2\,667 = 5,51 \text{ arrondi à } 5,6.$$

Le coefficient d'entrée dans la part Résultats de Monsieur Y, directeur d'hôpital hors classe détaché dans le corps des D3S au 01/01/XXXX, sera donc fixé, avant évaluation à 5,6.

Exemple 3: détachement d'un DH dans le corps des D3S en cours d'année

Monsieur Y, directeur d'hôpital hors classe, est détaché dans le corps des D3S au 01/09/XXXX.

Le coefficient d'entrée dans le corps des D3S sera établi sur le montant qu'il aurait perçu en qualité de directeur d'hôpital en année pleine :

$$\text{Coefficient PR DH HC N-1: } 2,8 \text{ soit } 2,8 \times 3\,680 = 10\,304.$$

$$\text{Coefficient d'entrée D3S: } 10\,304 / 2\,667 = 3,86 \text{ arrondi à } 3,9.$$

$$\text{Montant: } (2,8 \times 3\,680) \times 8 / 12 + (3,9 \times 2\,667) \times 4 / 12 = 6\,869 + 3\,467 = 10\,336.$$

#### *En cas de changement de grade*

Attribution de la cotation de la part liée aux fonctions à la date d'effet de la promotion. Une nouvelle notification est nécessaire.

La part liée aux résultats est déterminée selon les plafonds en vigueur. Le coefficient (montant déterminé après l'évaluation) est unique pour l'année mais il s'appliquera sur les montants unitaires de référence pour chacun des deux grades en tenant compte de la date d'effet de la promotion.

#### *En cas de changement de fonction*

Cas particulier du changement de fonction suite à une réorganisation ou constitution d'une direction commune ou une fusion :

Les directeurs amenés à quitter leur affectation pour prendre des fonctions relevant d'un plafond indemnitaire inférieur à celui dont il relevait jusqu'alors ou un poste dont la cotation serait inférieure à celui détenu conservent à titre individuel le niveau indemnitaire alloué l'année précédente pendant une durée maximale de 3 ans.

Cotation de la PFR du directeur adjoint nommé chef d'établissement en cours d'année

Attribution de la cotation de la part liée aux fonctions à la date d'effet de la nomination. Une nouvelle notification est nécessaire.

La part liée aux résultats est déterminée selon les plafonds en vigueur. Le coefficient est unique pour l'année mais il s'appliquera sur les montants unitaires de référence pour chacun des deux grades en tenant compte de la date d'effet de la nomination.

Exemple: Madame Y, D3S classe normale, est nommée, à compter du 01/09/2014 en qualité de directrice d'un établissement figurant sur l'arrêté du 15 décembre 2008 fixant la liste des établissements mentionnés aux 2° à 6° de l'article 2 de la loi 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière dont la direction permet l'accès à l'échelon fonctionnel de la hors classe des D3S de la fonction publique hospitalière :

Le coefficient de la part Résultats de Madame Y, évaluée au titre de l'année 2014, a été fixé par l'évaluateur à 3,5. Le coefficient reste identique pour toute l'année mais il convient, pour déterminer le montant de la part Résultats, de distinguer chacune des 2 périodes, en prenant le montant unitaire de la part Résultats par référence au barème applicable à chacune des périodes.

Le montant à percevoir au titre de l'année 2014 se déterminera ainsi :

Du 01/01/2014 au 31/08/2014 : par référence au barème applicable à un D3S de classe normale :  
coefficient de la part Résultats x montant de la part Résultats soit  $3,5 \times 2\,400 = 8\,400$  euros

À ramener au prorata de la période effectuée :  $(8\,400 \times 8)/12 = 5\,600$  euros

Du 01/09/2014 au 31/12/2014 : par référence au barème applicable à un D3S sur échelon fonctionnel :  
Coefficient de la part Résultats x montant de la part Résultats soit  $3,5 \times 3\,040 = 10\,640$  euros

À ramener au prorata de la période sur l'établissement échelon fonctionnel :  $(10\,640 \times 4)/12 = 3\,546,66$  euros

Montant total de la part Résultats au titre de l'année 2014 : 9 146,66 euros

Quel établissement doit verser la PFR lorsqu'un directeur change d'établissement en cours d'année :

Jusqu'au 30/06/année *N* (le 01/03 par exemple)

Pour la part fonction (PF) : il appartient à l'établissement d'origine de prendre en charge la PF en fonction de la cotation du poste qu'il occupait. Ensuite, c'est à l'autorité compétente pour l'emploi d'accueil qu'il revient de coter l'emploi, de notifier le montant de la PF à compter du 01/03.

Pour la part résultat (PR) : l'autorité compétente pour l'emploi d'accueil détermine la cotation annuelle fixée en fonction de l'évaluation et du régime indemnitaire antérieur, ensuite soit l'établissement prend en charge le paiement pour l'année entière et demande le remboursement, soit il prend en charge le paiement pour la période courant du 01/03 au 31/12 et notifie à l'ancien établissement la cotation donnée pour que celui-ci régularise la période du 01/01 au 29/02 et verse la PR correspondante à l'intéressé(e).

À partir du 01/07 (le 01/10 par exemple).

Pour la part fonction (PF) : il appartient à l'établissement d'origine de prendre en charge la PF selon la cotation du poste qu'il occupait, pour la période du 01/01 au 30/09. Ensuite, c'est à l'autorité compétente pour l'emploi d'accueil qu'il revient de coter l'emploi, de notifier et de verser le montant de PF à compter du 01/10.

Pour la part résultat (PR) : l'autorité compétente pour l'emploi d'origine détermine la cotation annuelle fixée en fonction de l'évaluation et du régime indemnitaire antérieur, et l'établissement d'origine prend en charge le paiement pour la période du 01/01 au 30/09 et transmet la décision d'attribution de la PR à l'établissement d'accueil pour que celui-ci verse à l'intéressé(e) la PR correspondant aux 3 derniers mois de l'année.

### 3. PFR et personnels de direction mis à disposition

#### *Mises à disposition auprès de la DGOS*

La cotation de la part liée aux fonctions et de la part liée aux résultats est effectuée par le directeur général de la DGOS.

La notification de la PFR est transmise à l'établissement de rattachement et à l'intéressé(e) par la DGOS, avec copie au CNG.

#### *Mises à disposition auprès d'autres établissements de santé ou autres administrations ou organismes*

La cotation de la part liée aux fonctions et de la part liée aux résultats est effectuée par l'établissement d'accueil.

La notification de la PFR est transmise à l'établissement de rattachement par l'organisme d'accueil.

### 4. PFR et personnels placés en recherche d'affectation

La cotation de la part liée aux fonctions et de la part liée aux résultats est effectuée par la directrice générale du CNG. Le montant individuel attribué au titre de la part liée aux résultats est maintenu la première année. Il est réduit la seconde année.



## 5. PFR et congés divers / temps partiel

*Congés annuels, congé de maternité-paternité, congés de maladie pour raisons reconnues imputables au service*

Pas d'incidence – assimilés à une période d'activité

*Congé de formation professionnelle*

Suspension de la PFR

Article 31/décret 2008-824 du 21/8/2008 : « l'indemnité forfaitaire mensuelle est égale à 85 % du montant total du traitement brut et de l'indemnité de résidence perçue au moment du départ en congé... » dans la limite de la somme correspondant au traitement et indemnité de résidence de l'IB 650 ; (maintien du supplément familial de traitement).

*RTT et/ou CET*

Pas d'incidence – L'agent continue à bénéficier de la cotation et du montant de référence attribués au titre du dernier emploi occupé, tant pour la part fonctions que pour la part résultats.

Si l'agent a demandé à conserver son logement de fonctions pendant cette période, la part Fonctions reste plafonnée à 3.

S'il a rendu son logement et ne perçoit pas l'indemnité de logement, il faut multiplier la cotation par 2.

*Congés maladie ordinaire, congés longue durée/congés longue maladie*

Application de l'article 26 du décret n° 88-836 du 19 avril 1988 modifié relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière

La part liée aux fonctions (PF) a vocation à suivre le traitement principal. Il n'y a donc pas d'abattement possible tant que le traitement principal est entier.

Exemple : un directeur ayant une rémunération à demi-traitement à partir du 4ème mois de maladie percevra une part fonctions également à demi-traitement (à l'identique de son traitement principal).

La part liée aux résultats (PR) a vocation à être réajustée, après chaque évaluation annuelle, pour tenir compte de l'atteinte des objectifs et de la manière de servir, appréciées au titre de la période antérieure. Dans ce cadre, il appartient à l'évaluateur d'apprécier si l'impact du congé sur l'atteinte des résultats, eu égard notamment à sa durée et compte-tenu de la manière de servir du directeur, doit ou non se traduire par un ajustement à la baisse l'année suivante. Ce dispositif permet ainsi de valoriser un directeur qui, en dépit d'un congé, s'est investi dans son activité et a produit les résultats escomptés. Un directeur qui serait absent pour maladie pendant une période de 4 mois pourrait ainsi percevoir la part liée aux résultats au même niveau que la période précédente s'il atteint, en 8 mois, les objectifs qui lui étaient assignés pour une période d'un an. Il n'y a donc pas lieu à proratiser selon le temps de présence.

La part liée aux résultats n'a, par conséquent, pas vocation à suivre systématiquement le sort du traitement, contrairement à la part liée aux fonctions.

*Congé pour maladie professionnelle/accident de travail et de trajet*

Pas d'abattement.

*Temps partiel*

La PFR est proratisée au regard de la quotité de travail. Pour les quotités de 80 et 90 %, cette proratisation est respectivement égale à 6/7ème et 32/35ème.

## 6. PFR et réintégration dans le corps

*Après un détachement*

La part liée aux fonctions est liée à la cotation de l'emploi.

La fixation de la part liée aux résultats peut tenir compte également du niveau indemnitaire atteint par l'agent dans son précédent emploi avant le détachement afin de maintenir globalement le niveau du régime indemnitaire antérieur et le cas échéant, si le détachement était dans un emploi de la fonction publique, le niveau du régime indemnitaire versé pendant le détachement.

*Après une disponibilité*

La part liée aux fonctions est liée à la cotation de l'emploi.

La part liée aux résultats est déterminée selon les barèmes en vigueur.

*Après un congé parental*

La part liée aux fonctions est liée à la cotation de l'emploi.

La part liée aux résultats est déterminée selon les barèmes en vigueur et peut tenir compte du niveau indemnitaire global atteint avant le placement en congé parental.

*Après une mise à disposition*

La part liée aux fonctions est liée à la cotation de l'emploi.

La part liée aux résultats peut tenir compte du montant de celle précédemment allouée durant la mise à disposition.

## **7. PFR et indemnité d'intérim**

*Indemnité d'intérim (intérim en cours au 9 mai 2012)*

Les personnels qui assurent un intérim de direction à la date du 9 mai 2012 et qui perçoivent à ce titre l'indemnité d'intérim continuent de percevoir cette indemnité jusqu'au terme de celui-ci.

*Intérim nouveau (après le 9 mai 2012<sup>1</sup>)*

En cas de vacance d'emploi ou d'absence supérieure à trente jours calendaires de directeur d'un établissement, le directeur perçoit :

durant les trois premiers mois : Un versement exceptionnel selon les règles applicables. Dans ce cas, l'attribution de ce versement exceptionnel est mensualisée.

À partir du quatrième mois d'intérim :

Soit la vacance d'emploi subsiste et si la décision a été prise de ne pas pourvoir l'emploi par un directeur, une direction commune doit être organisée par le directeur général de l'agence régionale de santé, dans les conditions de droit commun qui donne lieu au versement de l'indemnité forfaitaire mensuelle (indemnité de direction commune) jusqu'à la constitution effective de ladite direction commune. Une fois, celle-ci constituée, il est procédé au versement de l'indemnité mensuelle de direction commune.

Soit la procédure de nomination sur l'emploi vacant est engagée et il n'y a pas de direction commune à organiser, l'indemnité forfaitaire mensuelle (indemnité de direction commune) continue à être servie jusqu'à la nomination du titulaire du poste de chef d'établissement.

Attention : Il ne faut pas confondre l'indemnité mensuelle de direction commune, qui est maintenue et versée uniquement au directeur de la direction commune, et l'indemnité forfaitaire mensuelle, qui est attribuée pour l'exercice d'un intérim, et qui concerne les chefs d'établissements et les directeurs adjoints.

*Quel est le montant de l'indemnité forfaitaire mensuelle ?*

Il s'agit, en fait, du même montant que celui perçu dans le cadre d'une direction commune, à savoir :

Concernant les DH : 580 euros pour une direction commune et 290 euros pour la direction d'un syndicat inter-hospitalier (en voie d'extinction). Un même directeur peut se voir confier plusieurs intérim, même si cela doit rester exceptionnel. Il cumulera alors les indemnités prévues par la réglementation.

---

<sup>1</sup> Instruction DGOS/RH4/DGCS/4B n° 2014-281 du 13 octobre 2014 relative à la mise en œuvre de la procédure d'intérim des fonctions de directeur d'un établissement mentionné à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 modifié portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.



Concernant les D3S: 390 euros si la direction commune comporte 2 établissements et 580 euros si la direction commune comporte au moins 3 établissements ou 2 établissements totalisant ensemble plus de 180 lits et/ou places.

*Sur quels cotations et montants de référence se baser pour la PFR d'un directeur adjoint effectuant l'intérim de direction de son propre ou d'un autre établissement? Quelle est l'autorité en charge de la notification de sa PFR? Comment est valorisé son intérim?*

La cotation de l'emploi de directeur adjoint n'est jamais affectée par l'intérim.

S'il assure l'intérim d'une autre direction d'établissement, la cotation de son emploi d'adjoint est faite par son chef d'établissement.

Pour la PR, l'autorité compétente pour l'évaluation de l'emploi d'adjoint établit cette évaluation et la détermination du montant de PR.

L'évaluation des fonctions d'intérimaire à temps plein est effectuée par le DG d'ARS (ou le préfet selon le cas) et l'indemnisation de l'intérim se fait par un versement exceptionnel, décidé par la même autorité, dans les conditions susmentionnées.

Les directeurs adjoints qui exercent à titre exceptionnel les fonctions de directeur par intérim à temps plein, sur une année complète, sont évalués par le DG d'ARS (ou le préfet selon le cas).

*Sur quel(s) budget(s) pèsent le versement exceptionnel et l'indemnité forfaitaire mensuelle lors d'un intérim?*

Le versement exceptionnel est mensualisé et versé par l'établissement d'affectation du personnel de direction qui assure l'intérim.

Ces versements exceptionnels mensuels sont versés par l'établissement d'affectation de l'intérimaire et remboursés, par le biais d'une convention, par l'établissement bénéficiaire de l'intérim. Ils doivent impérativement être mentionnés dans le support d'évaluation annuelle de l'intéressé (fiche C1).

*Au cours d'un intérim commencé avant le 9 mai 2012, en cas de changement de l'intérimaire, quel régime s'applique?*

Celui applicable depuis le 9 mai 2012.

*Que perçoit le directeur d'un établissement amené à faire l'intérim d'une direction commune?*

- si la direction commune est composée d'EPS dont l'un relève du statut des DH (ne figurant pas sur l'arrêté du 22 avril 2008 modifié fixant la liste des EPS dirigé par des D3S): le directeur perçoit sa PFR au titre de son affectation initiale et 580 euros au titre de la direction commune;
- si la direction commune est composée d'établissements sociaux et médico-sociaux et/ou d'EPS qui figurent sur l'arrêté du 22 avril 2008 modifié, fixant la liste des EPS dirigés par des D3S: le directeur perçoit sa PFR au titre de son affectation initiale: soit 390 euros si la direction commune comporte 2 établissements, soit 580 euros si la direction commune comporte au moins 3 établissements ou 2 établissements totalisant ensemble plus de 180 lits et/ou places.

*Dans le cadre du versement de l'indemnité forfaitaire mensuelle, quel(s) est (sont) l'(les) établissement(s) à prendre en considération pour la détermination du montant?*

On ne prend en compte que le ou les établissements dans lequel (lesquels) va s'effectuer l'intérim. Ainsi, un directeur, chef d'un établissement de 100 lits et places, qui ferait l'intérim d'un autre établissement de 100 lits et places, se verra attribuer un montant de 390 euros pour l'indemnité forfaitaire mensuelle au titre de l'intérim d'un établissement. Il n'y a pas de prise en compte, pour la détermination du montant, de la capacité de l'établissement d'affectation du directeur.

## **8. PFR et versement exceptionnel**

Un versement exceptionnel d'un montant de la valeur unitaire d'une part maximum dans la limite du plafond de la part résultats (PR), non reconductible d'une année sur l'autre peut être versé (pour reconnaître financièrement une charge particulière d'activité comme un intérim de direction inférieur ou égal à 3 mois, conduite de projet d'une coopération complexe, compensation d'une charge de travail significative...). Dans ce cas, un rapport circonstancié doit être joint à l'évaluation.

De manière très exceptionnelle et à l'appréciation de l'évaluateur, ce versement peut dépasser la valeur unitaire d'un point dans la limite du plafond de la part résultats de l'année au cours de laquelle elle est versée (pour récompenser une charge de travail anormalement lourde, par exemple). Dans ce cas un rapport très détaillé doit être joint à l'évaluation.

## 9. PFR et emploi/échelon fonctionnel

*Sur quels cotations et montants de référence se base-t-on pour attribuer la PFR des directeurs à la tête d'un établissement « échelon fonctionnel » ou « emploi fonctionnel » alors qu'ils ne remplissent pas les conditions pour les avoir ?*

- les cotations et montants de référence à appliquer pour un personnel de direction affecté, soit sur un emploi fonctionnel figurant sur la liste des emplois fonctionnels et publié sur le site du CNG (DH et D3S), soit sur un établissement ouvrant l'accès à un échelon fonctionnel fixé par arrêté (D3S), alors que ce même personnel de direction ne remplit pas les conditions statutaires, sont ceux relatifs à l'emploi et non au grade.

*exemple : un D3S de classe normale 4<sup>e</sup> échelon, chef d'un établissement qui figure sur l'arrêté du 15 décembre 2008 fixant la liste des établissements dont la direction permet l'accès à l'échelon fonctionnel de la hors classe, doit se voir notifier une cotation de son emploi et les montants de référence en fonction du plafond déterminé pour l'échelon fonctionnel, même s'il n'a pas atteint l'échelon fonctionnel.*

- un directeur, dont l'établissement n'a pas pu être classé dans l'un des groupes fonctionnels du fait de la saturation de ce groupe, doit percevoir au titre de la PFR, les montants de référence du groupe concerné des emplois fonctionnels et se voir appliquer les cotations y afférentes.

### Cotation des chefs d'établissement sur emplois fonctionnels (DH)

La cotation dépend du groupe dans lequel se situe son établissement. Si l'établissement est dans le groupe I ou II, la cotation est de 3 et si l'établissement est dans le groupe III, la cotation est de 2.8.

### Cotation des directeurs des soins sur emplois fonctionnels (DS)

Logés: 2,8 et 3.

Non logés: 3,8 et 4.

## 10. Questions diverses

*La part résultats de l'année considérée peut-elle être diminuée par rapport à la part résultats de l'année précédente ?*

Au titre de l'année en cours, le coefficient de la PR aura pour base celui alloué l'année précédente auquel sera appliquée la modulation retenue à l'issue de l'évaluation au titre de l'année considérée.

La PR a vocation à être maintenue ou ajustée, à la baisse ou à la hausse pour tenir compte des résultats de l'évaluation de l'année considérée dans la limite d'une part.

Toute baisse doit faire l'objet d'un rapport circonstancié et motivé joint à l'évaluation.

*Pour les établissements non dotés de la personnalité morale, l'avis du président de l'assemblée délibérante de la collectivité de rattachement est-il requis (D3S).*

L'évaluateur est l'autorité administrative, en règle générale le préfet, mais la cotation de la part F est faite en liaison avec le président de l'assemblée délibérante de la collectivité de rattachement.

### *Délais de recours sur l'évaluation*

Le point de départ du délai du recours devant la CAPN compétente est la signature de l'évaluation par l'évalué(e). La signature peut être accompagnée d'observations, elle n'implique pas son acceptation, elle signifie que communication a été faite.

Il peut également, dès qu'il en a eu notification, demander la révision de la PR de son régime indemnitaire.

Dans le cas d'une modification porté sur tout élément de l'évaluation, et suite à la signature de l'évalué(e), il convient que l'évaluateur fasse une nouvelle notification du support à l'intéressé(e).

Le directeur peut présenter en concomitance un recours gracieux auprès de son évaluateur et un recours en révision devant la CAPN.

*Calcul de la part R de la PFR, en cas de modification du régime du logement des directeurs des soins*

Les directeurs des soins, non logés l'année de l'entrée en vigueur de la PFR, mais qui le sont ultérieurement, subissent une incidence défavorable sur le niveau indemnitaire, à corriger. En effet, une forte part du régime indemnitaire (dont le niveau acquis antérieurement au passage à la PFR en 2012 est garanti à chaque DS), qui s'est imputée sur la part F, est annulée par la diminution de celle-ci, lors de la prise en compte du logement. De plus, le changement de situation ne s'effectue pas nécessairement en année pleine.

Pour corriger l'effet pervers ainsi induit, deux approches sont possibles :

- reprendre le calcul initial et l'appliquer à la nouvelle situation, en intégrant les évolutions intermédiaires, soit :
  - reprise du socle d'entrée établi en 2012 : montant total des primes et indemnités perçues en 2011 majorée de 10 % ;
  - calcul du nouveau montant de Part F (le directeur n'était pas logé en 2012 et il l'est cette année) : cotation Part F DS logé x montant unitaire de part F (montant d'origine en 2012) ;
  - reconstitution de la Part R initiale : socle d'entrée - nouveau montant de la part F = montant x ;
  - calcul de la cotation R correspondante : montant x / valeur d'une part R (valeur d'origine en 2012) ;
  - actualisation au titre des années intermédiaires : à ce nouveau coefficient de Part R, ajout des évolutions annuelles depuis 2012 ;
  - intégration d'éventuelles autres modifications, selon les règles courantes applicables : Le calcul de la part R pour la suite, s'effectue selon les règles habituelles (application de l'évolution pour l'année de l'évaluation).

ou

- réaffecter simplement la perte sur la part F à la part R, soit :
  - détermination de la réduction liée au logement : montant Part F non logé - montant Part F logé = x ;
  - ajout de ce montant x à la dernière part R, puis détermination de la cotation R correspondante : (montant x + dernière part R) / valeur d'une Part R (valeur actuelle lors du calcul) ;

Le calcul de la part R pour la suite, s'effectue selon les règles habituelles (application de l'évolution pour l'année de l'évaluation).

Ce calcul simplifié peut s'avérer erroné, si des changements sont intervenus : avancement de grade, détachement sur emploi fonctionnel, changement quotité de temps de travail. Le calcul décrit en 1 est alors nécessaire. Si le changement de logement intervient en cours d'année, la règle prorata temporis s'applique.

Exemple 1 :

En 2012, un directeur des soins, 2<sup>e</sup> classe, coordonnateur, non logé, a perçu au titre de 2011, un montant total de primes de 16 358 €. Son socle d'entrée était de : 16 358 + 10 % de 16 358 = 17 993,80 €. La cotation de la Part F était fixée à 4, soit un montant de 14 400 €. Le montant de la part R s'établissait donc à 3 593,80 € soit une cotation de : 3 593,80 / 2 400 (montant d'une part) soit 1,49 arrondi à 1,5. La cotation de PR a évolué de + 0,5 en 2012 et de + 0,6 en 2013 et était donc de 2,6 en 2013.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2014, le directeur des soins est logé. En conséquence, la cotation de sa part F est fixée à 2,9 soit un montant de 10 440 € et non plus de 14 400 €, soit une diminution de 3 960 €.

Calcul 1 :

Socle d'entrée en 2012 : 17 993,80 €.

Calcul du nouveau montant de Part F 2,9 x 3 600 = 10 440 €.

Reconstitution de la Part R initiale : 17 993,80 € - 10 440 € = 7 553,80 €.

Calcul de la cotation R correspondante : 7 553,8 / 2 400 € = 3,147 soit 3,2.

Actualisation au titre des années intermédiaires : Part R 2013 = 3,2 + 0,5 + 0,6 = 4,3 avant application de l'évolution pour 2014.

Calcul 2 :

Détermination de la réduction liée au logement : 14 400 - 10 440 = 3 960 €.

Ajout de ce montant à la dernière part R (soit 2,6 x 2 400 = 6 240 €) : 6 240 + 3 960 = 10 200 €.

Calcul de la cotation R correspondante : 10 200 / 2 400 = 4,25 arrondi à 4,3 avant application de l'évolution pour 2014.

Exemple 2:

En 2012, un directeur des soins, 1<sup>re</sup> classe à l'échelon fonctionnel, coordonnateur, non logé, a perçu au titre de 2011, un montant total de primes de 18 500 €. Son socle d'entrée était de: 18 500 + 10 % de 18 500 = 20 350 €. La cotation de la Part F était fixée à 3,8, soit un montant de 15 200 €. Le montant de la Part R s'établissait donc à 5 150 € soit une cotation de: 5 150/2 667 (montant d'une part) soit 1,93 arrondi à 2. La cotation de PR a évolué de + 0,5 en 2012 et de + 0,6 en 2013 et était donc de 3,1 en 2013.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2014, le directeur des soins est logé. En conséquence, la cotation de sa Part F est fixée à 3 soit un montant de 12 000 € et non plus de 15 200 €, soit une diminution de 3 200 €.

Calcul 1:

Socle d'entrée en 2012: 20 350 €.

Calcul du nouveau montant de Part F  $3 \times 4\,000 = 12\,000$  €.

Reconstitution de la Part R initiale:  $20\,350 \text{ €} - 12\,000 \text{ €} = 8\,350 \text{ €}$ .

Calcul de la cotation R correspondante:  $8\,350/2\,667 \text{ €} = 3,13$  soit 3,2.

Actualisation au titre des années intermédiaires: Part R 2013 =  $3,2 + 0,5 + 0,6 = 4,3$  avant application de l'évolution pour 2014.

Calcul 2:

Détermination de la réduction liée au logement:  $15\,200 - 12\,000 = 3\,200$  €.

Ajout de ce montant à la dernière part R (soit  $3,1 \times 2\,667 = 8\,267,70$  €):  $8\,267,70 + 3\,200 = 11\,467,70$  €.

Calcul de la cotation R correspondante:  $11\,467,70/2\,667 = 4,29$  arrondi à 4,3 avant application de l'évolution pour 2014.

199A4 – ANNEXE 4



NOM D'USAGE :  
PRÉNOM :  
NOM DE NAISSANCE :

**DOSSIER CNG  
ÉVALUATION ANNÉE 2015**

- Directeur d'hôpital (Cocher la case correspondante)       Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social

**FICHE A**

**ETAT CIVIL**

- Madame       Monsieur (cocher la case correspondante)

**NOM D'USAGE** .....  
(justificatifs à fournir en cas de changement de nom d'usage)

**PRÉNOM** .....

**NOM DE NAISSANCE** .....

DATE DE NAISSANCE ..../../....      AGE .....

LIEU DE NAISSANCE .....

SITUATION DE FAMILLE .....

NOM, PRÉNOM ET DATE DE NAISSANCE DES ENFANTS

-

-

DIPLOME(S) OBTENU(S) AU COURS DE L'ANNEE .....

**SITUATION ADMINISTRATIVE**

**COEFFICIENT DE LA PART LIÉE AUX FONCTIONS**

Cotation de l'emploi (à indiquer impérativement)

|                      |         |
|----------------------|---------|
| <b>Cotation</b>      | .....   |
| <b>Variation 0,2</b> | + ..    |
| <b>Total</b>         | = ..... |

LOGEMENT : Oui  Non

Si non logé :  Indemnité de logement  Cotation doublée

**ÉTABLISSEMENT D'AFFECTION** .....

CATEGORIE :  CH  CHS  CHU  EHPAD  autre (préciser) .....

VILLE .....      Dept .....

DATE D'INSTALLATION ..../../....

**INTITULÉ DE LA FONCTION OCCUPEE** (selon l'organigramme)

(pour les directeurs adjoints, le libellé de la fonction est à indiquer en toutes lettres)

DATE D'INSTALLATION DANS LA FONCTION ..../../....

**POSITION** :  détachement emploi fonctionnel  détachement  mise à disposition

recherche d'affectation  autres .....

**DATE D'ENTREE DANS LE CORPS** : ..../../....

**GRADE** :  Classe exceptionnelle  Hors classe  Classe normale  Classe provisoire

(cocher la case correspondante)

**ECHELON** : -----



NOM D'USAGE :  
 PRÉNOM :  
 NOM DE NAISSANCE :

**DOSSIER CNG  
 ÉVALUATION ANNÉE 2015**

**FICHE A (suite)**

**DESCRIPTION DU POSTE (à remplir par l'évalué)**

**Positionnement dans l'établissement (selon l'organigramme) :**

- Chef d'établissement
- Directeur adjoint placé sous l'autorité du chef d'établissement
- Directeur adjoint placé sous l'autorité d'un directeur adjoint
- Autre (préciser) .....

**Missions générales du poste et principales activités :**

NB : pour les directeurs chefs d'établissement => point général d'exécution pour l'année de référence, des missions confiées et des objectifs contractualisés, en référence au projet d'établissement, au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et, pour les directeurs chefs d'établissement sur emplois fonctionnels, à la lettre d'objectifs.

**Appréciation de la complexité du contexte d'exercice du poste au cours de l'année de référence :**

| A remplir par<br>l'évalué(e) | A remplir par<br>l'évaluateur |
|------------------------------|-------------------------------|
|                              |                               |



NOM D'USAGE :  
PRÉNOM :  
NOM DE NAISSANCE :

**DOSSIER CNG  
ÉVALUATION ANNÉE 2015**

**FICHE A1**

**AVIS DU PRÉSIDENT DU CONSEIL DE SURVEILLANCE OU DU CONSEIL  
D'ADMINISTRATION**

**Recueil d'avis préalable sur la manière de servir (uniquement pour les chefs d'établissement) :**

Date .././.....

Signature : (Nom, prénom et qualité)

Je, soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des informations ci-dessus mentionnées.

Date :

Signature de l'évalué(e) :



NOM D'USAGE :  
PRÉNOM :  
NOM DE NAISSANCE :

DOSSIER CNG  
ÉVALUATION ANNÉE 2015

FICHE B1

## APPRECIATIONS DE L'EVALUATEUR

### Bilan synthétique des résultats de l'année précédente (selon l'emploi occupé) :

### Appréciations des compétences mises en œuvre dans l'année :

#### I. - Résultats obtenus dans le pilotage de l'établissement (chefs) ou de la mission (adjoints) :

1.1. Définition et pilotage des objectifs stratégiques

1.2. Décision et arbitrage

1.3. Maîtrise de la technicité du poste :

#### II. - Résultats obtenus dans la pratique managériale :

2.1. Animation, motivation et évaluation des équipes

2.2. Négociation

2.3. Conduite de projet et accompagnement du changement

2.4. Communication





NOM D'USAGE :  
 PRÉNOM :  
 NOM DE NAISSANCE :

**DOSSIER CNG  
 ÉVALUATION ANNÉE 2015**

**FICHE B2**

**SOUHAITS EXPRIMÉS PAR L'ÉVALUÉ(E) POUR LES 2 PROCHAINES ANNÉES**

Informations facultatives dans la perspective de la mise en place d'une bourse des emplois

- Mobilité fonctionnelle souhaitée (à préciser) :
  
- Mobilité géographique souhaitée (à préciser) :
  
- Accès à une chefferie d'établissement :

**Souhaits de formation :**

| Formations souhaitées par l'évalué(e) | Observations de l'évaluateur ou de la personne responsable de la conduite de l'entretien d'évaluation si elle est différente de l'évaluateur |
|---------------------------------------|--|
| -                                     | -  |
| -                                     | -  |
| -                                     | -  |
| -                                     | -  |
| -                                     | -  |
| -                                     | -  |
| -                                     | -  |

La signature du support par les deux parties est impérative.  
Elle n'emporte pas l'accord sur le contenu mais signifie que l'évalué(e) en a pris connaissance.

Date :

Date :

NOM – PRENOM  
 QUALITE

Signature de l'évalué(e) :

Signature de l'évaluateur :



NOM D'USAGE :  
PRÉNOM :  
NOM DE NAISSANCE :

**DOSSIER CNG  
ÉVALUATION ANNÉE 2015**

**FICHE C1**

**BILAN SYNTHÉTIQUE PAR L'ÉVALUATEUR**

Aptitudes professionnelles démontrées et perspectives d'évolution de carrière en indiquant la capacité à exercer des responsabilités supérieures :

**PROPOSITION DU MONTANT DE LA PART RÉSULTATS 2015**

**Il est rappelé que le montant de la nouvelle part résultats doit être communiqué à l'issue de l'entretien d'évaluation.**

|  | Montant | Coefficient |
|--|---------|-------------|
| Rappel de la part résultats (hors versement exceptionnel) au titre de l'année 2014 | €       |             |
| Coefficient d'évolution 2015   |         |             |
| Coefficient total de la part résultats 2015  |         |             |

*En cas de diminution du coefficient total de la part résultats, un rapport circonstancié et dûment motivé doit être obligatoirement annexé.*

|   |   |
|---|---|
| Montant total de la part résultats 2015 | € |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| Attribution d'un versement exceptionnel : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |   |
| Coefficient du versement exceptionnel (dans la limite de 1)   |   |
| Montant du versement exceptionnel   | € |
| Dont montant prime(s) d'intérim (< 4 mois)  | € |

*En cas d'attribution d'un versement exceptionnel, un rapport circonstancié et dûment motivé doit être obligatoirement annexé quel que soit le montant alloué.*

|  |                                |                                |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| Attribution d'une indemnité forfaitaire mensuelle d'intérim (> 4 mois) | <input type="checkbox"/> oui   | <input type="checkbox"/> non   |
| Si oui montant :   | <input type="checkbox"/> 390 € | <input type="checkbox"/> 580 € |

**Date du début d'intérim : ..../..../....**

**Rappel :** Le coefficient de la part résultats, y compris le versement exceptionnel, ne peut dépasser le plafond autorisé, fixé à 6.



NOM D'USAGE :  
PRÉNOM :  
NOM DE NAISSANCE :

DOSSIER CNG  
ÉVALUATION ANNÉE 2015

FICHE C2

**FICHE DE PROPOSITION D'INSCRIPTION AU TABLEAU D'AVANCEMENT À LA HORS CLASSE  
POUR L'ANNÉE 2016**

**Mobilités effectuées par l'agent concerné depuis l'accès dans le corps des directeurs d'hôpital :**

-  
-  
-  
-

NB : toute mobilité fonctionnelle doit faire l'objet d'un acte juridique transmis au CNG (**uniquement pour le corps des directeurs d'hôpital**)

**Proposition d'inscription au tableau d'avancement 2016 :**  OUI  NON  SANS OBJET\*

\* La notion "SANS OBJET" concerne les directeurs qui sont déjà hors classe ou les directeurs de classe normale qui ne remplissent pas les conditions statutaires.



**Avis motivé impératif en vue de proposition ou de non-proposition :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Évaluateur :**  Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé  
 Chef d'établissement  
 Représentant de l'Etat dans le département

- Avis conforme à celui de la personne responsable de la conduite de l'entretien si elle est différente de l'évaluateur
- Avis non conforme à celui de la personne responsable de la conduite de l'entretien si elle est différente de l'évaluateur (**dans ce cas, un nouvel entretien d'évaluation doit avoir lieu avec l'évaluateur**)

Date :

Signature : (**prénom, nom et qualité de l'évaluateur**)

Observations éventuelles de l'évalué(e) sur les fiches A, A1, B1, B2, C1 et C2 :

Date :

Signature :



NOM D'USAGE :  
PRÉNOM :  
NOM DE NAISSANCE :

**DOSSIER CNG  
ÉVALUATION ANNÉE 2015**

**FICHE 1**

- Dossier DGARS pour les chefs d'établissement
- Dossier établissement pour les directeurs adjoints

**FICHE PRÉPARATOIRE A L'ENTRETIEN D'ÉVALUATION**

Bilan des résultats de l'année précédente fondé sur l'autoévaluation exprimée par l'évalué(e)  
**Prendre les objectifs validés de l'année précédente (4 pages maximum)**

| OBJECTIFS ET ACTIONS PRIORITAIRES DÉFINIS | DÉLAI  | CRITÈRES/INDICATEURS   | RÉSULTATS OBTENUS |
|---|--|--|-------------------|
|   |  |  |                   |
| <b>Observations de l'évalué(e)</b>        |  | <b>Observations du DGARS pour les chefs d'établissement.<br/>Observations du chef d'établissement pour les directeurs adjoints</b> |                   |
| Date :<br><br>Signature                   | Date :<br><br>Signature (prénom, nom et qualité de l'évaluateur) |  |                   |



NOM D'USAGE :  
 PRÉNOM :  
 NOM DE NAISSANCE :

**DOSSIER CNG  
 ÉVALUATION ANNÉE 2015**

**FICHE 2**

- Dossier DGARS pour les chefs d'établissement
- Dossier établissement pour les directeurs adjoints

**FICHE PRÉPARATOIRE A L'ENTRETIEN D'ÉVALUATION**

Définition des objectifs pour l'année à venir *par référence à la fiche B1 (2 pages maximum)*

| OBJECTIFS ET ACTIONS<br>PRIORITAIRES DEFINIS  | DELAI                                     | CRITERES<br>D'ÉVALUATION |
|---|---|--------------------------|
|   |   |                          |
| <p><b>Observations du DGARS pour les chefs d'établissement.</b><br/> <b>Observations du chef d'établissement pour les directeurs adjoints</b></p> | <p><b>Observations de l'évalué(e)</b></p> |                          |
| <p>Date :</p> <p>Signature (prénom, nom et qualité de l'évaluateur)</p>   | <p>Date :</p> <p>Signature</p>            |                          |

199A5 – ANNEXE 5

DÉCISION D'ATTRIBUTION DE LA PART FONCTIONS DE LA PRIME  
DE FONCTIONS ET DE RÉSULTATS

Vu le décret n° 2005-1095 du 1<sup>er</sup> septembre 2005 modifié, relatif à l'évaluation des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (article 5);

Vu le décret n° 2007-1926 du 26 décembre 2007 modifiant le décret n° 2005-920 du 2 août 2005 portant dispositions relatives à la direction de certains établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière;

Vu le décret n° 2007-1930 du 26 décembre 2007 modifié, portant statut particulier du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière;

Vu le décret n° 2012-738 du 9 mai 2012 relatif aux conditions de nomination et d'avancement de certains emplois fonctionnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (2° à 6°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ainsi que de certains établissements mentionnés au 1° de cet article;

Vu le décret n° 2012-749 du 9 mai 2012 relatif à la prime de fonctions et de résultats des corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière;

Vu l'arrêté du 9 mai 2012 fixant les montants de référence de la prime de fonctions et de résultats applicables aux corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière;

Vu la circulaire DGCS/DGOS n° 2012-241 du 19 juin 2012 relative à la mise en œuvre de la prime de fonctions et de résultats pour les personnels des corps de direction de la fonction publique hospitalière;

Considérant que (NOM – Prénom), (Corps – Grade), (Fonction) est/n'est pas attributaire d'un logement par nécessité absolue de service ou indemnisé à ce titre;

La cotation de l'emploi occupé est fixée à :

La variation de + 0,2 est attribuée en raison de :

La cotation totale de l'emploi occupé est fixée à :

Soit un montant annuel de la part fonctions de :

La présente décision prend effet à compter du :

La présente décision peut faire l'objet d'un recours gracieux ou d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent dans le délai de 2 mois à compter de sa notification.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Nom :

Qualité :

Signature

DÉCISION D'ATTRIBUTION DE LA PART RÉSULTATS DE LA PRIME  
DE FONCTIONS ET DE RÉSULTATS

Vu le décret n° 2005-1095 du 1<sup>er</sup> septembre 2005 modifié, relatif à l'évaluation des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (article 5);

Vu le décret n° 2007-1926 du 26 décembre 2007 modifiant le décret n° 2005-920 du 2 août 2005 portant dispositions relatives à la direction de certains établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière;

Vu le décret n° 2007-1930 du 26 décembre 2007 modifié, portant statut particulier du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière;

Vu le décret n° 2012-738 du 9 mai 2012 relatif aux conditions de nomination et d'avancement de certains emplois fonctionnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (2° à 6°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ainsi que de certains établissements mentionnés au 1° de cet article;

Vu le décret n° 2012-749 du 9 mai 2012 relatif à la prime de fonctions et de résultats des corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière;

Vu l'arrêté du 9 mai 2012 fixant les montants de référence de la prime de fonctions et de résultats applicables aux corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière;

Vu la circulaire DGCS/DGOS n° 2012-241 du 19 juin 2012 relative à la mise en œuvre de la prime de fonctions et de résultats pour les personnels des corps de direction de la fonction publique hospitalière;

Vu l'évaluation 2015 de (NOM – Prénom);

Le coefficient total de la part Résultats pour l'année 2014 (hors complément exceptionnel) est de:

Le coefficient d'évolution attribué au titre de l'année 2015 (compris entre 0 et 1) est de:

Le coefficient total de la part Résultats est fixé pour l'année 2015 à:

Considérant la charge particulière d'activité assurée en 2015 en sus des missions habituelles, telle qu'elle ressort du rapport circonstancié et dument motivé annexé à la présente décision;

Il est attribué, pour 2015, un versement exceptionnel dont le coefficient est fixé à:

Soit un montant total de la part résultats de l'année 2015 de:

(Rappel des sommes versées au cours de l'année 2015:.....€, au titre d'un complément exceptionnel attribué dans le cadre d'un intérim de direction d'une durée de .....mois)

La présente décision prend effet à compter du:

La présente décision peut faire l'objet:

- d'un recours gracieux auprès de l'évaluateur;
- d'un recours auprès du président de la commission administrative paritaire nationale compétente *via* la directrice générale du centre national de gestion dans un délai de 2 mois suivant la notification afin de préserver les délais du recours contentieux;
- d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent dans le délai de 2 mois suivant la notification de la décision administrative ou d'une décision de rejet suite à un recours gracieux ou hiérarchique.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Nom:

Qualité:

Signature

199A6 – ANNEXE 6

PROCESS ENTRETIEN D'ÉVALUATION

*Décret n° 2005-1095 du 1er septembre 2005 modifié*

*Décret n°2010-1153 du 29 septembre 2010 modifié*

*Arrêté du 1er septembre 2005*

| ETAPES DE L'ENTRETIEN D'EVALUATION - JOUR "J"  | DELAIS            |
|--|-------------------|
| <p><b>Convocation à l'entretien d'évaluation et transmission des documents à l'évalué(e)</b></p> <p>Pour les chefs d'établissement, avis du Président du Conseil de surveillance ou conseil d'administration et transmission à l'évalué(e)</p> | <p>J-15</p>       |
| <p>Retour par l'évalué(e) des documents à l'évaluateur</p>   | <p>J-7</p>        |
| <p><b>Entretien d'évaluation</b></p> <p>Information de l'évalué(e) sur la PFR</p>  | <p>Jour "J"</p>   |
| <p>Remise des documents signés par l'évaluateur à l'évalué(e)</p>  | <p>J+15</p>       |
| <p>Retour <b>dans les 7 jours</b> des documents signés par l'évalué(e) à l'évaluateur complétés éventuellement de ses observations</p>   | <p>←</p>          |
| <p>Transmission du support d'évaluation (original) au C.N.G. <b>au plus tard pour le 1er octobre 2015</b></p>  | <p>←</p>          |
| <p><b>Notification PFR à l'évalué(e)</b><br/><b>Copie au C.N.G.</b></p>  | <p>J + 1 mois</p> |



## SANTÉ

### SANTÉ PUBLIQUE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

**Arrêté du 8 juin 2015 modifiant le modèle de la fiche de notification figurant à l'annexe 27 de l'arrêté du 22 août 2011 relatif à la notification obligatoire des maladies infectieuses et autres maladies mentionnées à l'article D. 3113-7 du code de la santé publique (JORF n° 0137 du 16 juin 2015)**

NOR : AFSP1509304A

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 3113-1, R. 3113-2 et D. 3113-7;

Vu l'arrêté du 22 août 2011 relatif à la notification obligatoire des maladies infectieuses et autres maladies mentionnées à l'article D. 3111-7 du code de la santé publique;

Vu la demande de modification d'autorisation déposée auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés en date du 22 décembre 2014,

Arrête:

**Art. 1<sup>er</sup>.** – La fiche de notification obligatoire à l'autorité sanitaire des données individuelles concernant les cas de saturnisme de l'enfant mineur, telle que figurant à l'annexe 27 de l'arrêté du 22 août 2011 susvisé, est remplacée par la fiche dont le modèle est annexé au présent arrêté.

**Art. 2.** – Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 8 juin 2015.

Pour la ministre et par délégation :  
*Le directeur général de la santé,*  
B. VALLET

*Nota.* – L'annexe 27 est disponible sur Internet à l'adresse [https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa\\_12378.do](https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_12378.do) et sur le site de l'Institut de veille sanitaire (<http://www.invs.sante.fr>) et sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité n° 2015/07 du mois de juillet 2015.



## SANTÉ

### SANTÉ PUBLIQUE

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

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

*Direction générale de la santé*

Sous-direction de la prévention  
des risques infectieux

Bureau des infections par le VIH,  
IST et hépatites

#### **Instruction DGS/RI2 n° 2015-195 du 3 juillet 2015 relative à la mise en place des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles**

NOR : AFSP1513856J

Validée par le CNP le 12 juin 2015. – Visa CNP 2015-104.

*Catégorie*: mesures d'organisation des services retenues par le ministre pour la mise en œuvre des dispositions dont il s'agit.

*Résumé*: instructions pour la mise en place des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles. Présentation de la procédure et du dossier d'habilitation et du cahier des charges des CeGIDD.

*Mots clés*: centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) – consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) – centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST (CIDDIST) – VIH – hépatites – IST – cahier des charges – dossier d'habilitation – anonymat.

#### *Références*:

- Articles L.3121-2, L.3121-2-1, D.3121-21 à D.3121-26 du code de la santé publique;
- Articles L.174-16 et D.174-15 à D.174-18 du code de la sécurité sociale;
- Article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015;
- Décret n° 2015-796 du 1<sup>er</sup> juillet 2015 relatif aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles;
- Arrêté du 1<sup>er</sup> juillet 2015 relatif aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles;
- Instruction DGS/RI2 n° 2015-31 du 30 janvier 2015 relative au financement par l'assurance maladie, pour l'année 2015, des activités de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement des infections sexuellement transmissibles.

#### *Annexes*:

- Annexe 1. – Procédure d'habilitation des CeGIDD.
- Annexe 2. – Modèle de dossier de demande d'habilitation.
- Annexe 3. – Calendrier de dépôt des dossiers de demande d'habilitation et de traitement de ces dossiers par les ARS, pendant la période transitoire.
- Annexe 4. – Schémas sur la procédure d'habilitation et de renouvellement d'habilitation au-delà de la période transitoire.

- Annexe 5. – Missions des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD).
- Annexe 6. – Liste indicative des IST prises en charge par le CeGIDD.
- Annexe 7. – Public pris en charge par le CeGIDD.
- Annexe 8. – Recommandations actuelles de dépistage du VIH et des virus des hépatites B et C.
- Annexe 9. – Recommandations actuelles de dépistage des autres infections sexuellement transmissibles (chlamydie, syphilis, gonococcie, infection HPV).
- Annexe 10. – Modèle d'aide à l'estimation des coûts annuels de fonctionnement d'un CeGIDD.

*La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour attribution).*

La présente instruction a pour objectif d'explicitier la mise en place des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des hépatites et des infections sexuellement transmissibles (IST). Cette mise en place découle de la réforme des CDAG et CIDDIST actuels.

## I. – CONTEXTE ET OBJECTIFS DE LA RÉFORME

Les CeGIDD, créés par l'article 47 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 (LFSS 2015), sont mis en place à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, en remplacement des actuels consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH et des hépatites (CDAG) et des centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST). La nouvelle structure va bénéficier d'un financement unique par l'assurance maladie dans le cadre du sous-objectif FIR de l'ONDAM.

### A. – CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Le dépistage du VIH, des hépatites virales B et C et des autres IST est un enjeu majeur de santé publique. En effet, on observe en France :

- en matière de VIH : de 6 000 à 6.500 nouvelles découvertes de séropositivité par an depuis 2007 et près de 150 000 personnes vivent avec le VIH en 2009. Parmi eux, entre 15 000 à 30 000 personnes ne sont pas diagnostiquées et ignorent leur infection (données INVS, rapport F. Lert 2010, rapport Morlat 2013) ;
- en matière d'hépatite B : 281 000 personnes sont atteintes d'hépatite B chronique dont 55 % l'ignorent. Le nombre de nouveaux cas d'infection symptomatique par le virus de l'hépatite B a été estimé à 1021 en 2010 (données INVS, rapport Dhumeaux 2014) ;
- en matière d'hépatite C : environ 232 000 personnes sont atteintes d'hépatite C chronique dont 43 % l'ignorent (données INVS, rapport Dhumeaux 2014) ;
- en matière d'autres infections sexuellement transmissibles (données INVS) :
  - syphilis : entre 10 000 et 20 000 cas par an ;
  - gonococcies : environ 15 100 gonococcies diagnostiquées en France en 2012, soit un taux d'incidence de 39 pour 100 000 personnes de 15 à 59 ans ;
  - chlamydioses : prévalence chez les 18 à 24 ans de 3,6 % (femmes) et de 2,4 % (hommes) et une incidence de 257 pour 100 000 personnes de 15 à 49 ans ;
  - infection à papillomavirus humain : condylomes 50 000 cas par an ; cancer du col de l'utérus 3000 cas par an ;
- en matière de contraception : 11 000 interruptions volontaires de grossesses chez les mineures par an (DREES 2010) ;
- en matière d'autres risques liés à la sexualité :
  - violences : 200 000 femmes victimes de violences conjugales par an et 130 décès en 2013 (Ministère de l'Intérieur, INSEE 2013) ; 16,8 % des femmes et 5 % des hommes interrogés en 2006 déclaraient avoir subi des rapports sexuels forcés ou tentatives de viol au cours de leur vie (INED, 2008) ; 1 homosexuel sur 3 victime d'actes homophobes (INVS 2011) ;
  - dysfonctions sexuelles : chez les 18-24 ans : 35,3 % chez les hommes et 46,6 % chez les femmes ; chez les 60-69 ans : 65 % chez les hommes et 63,6 % chez les femmes (enquête 2008 sur la sexualité en France).

## B. – LA PLACE D'UNE OFFRE DE DÉPISTAGE GRATUIT

Les deux structures existantes que sont les CDAG et les CIDDIST sont le fruit d'une histoire importante dans la prise en charge des IST. Les CDAG sont nées en 1988 au moment où tous les efforts devaient être déployés pour endiguer le VIH/Sida et les CIDDIST en 2004 à la place des dispensaires antivénériens. Ces structures ont facilité le dépistage volontaire et anonyme des IST et participé à en dé-stigmatiser la prise en charge. Elles ont pris place aux côtés des autres dispositifs de dépistage (médecin généraliste, laboratoire de biologie médicale, hôpital) et assurent environ 8 % des dépistages en France.

Toutefois, les CDAG et les CIDDIST, présentent une multiplicité de configurations qui rend l'offre de prévention, de diagnostic et de dépistage du VIH, des hépatites et des IST peu cohérente et peu lisible pour les usagers. C'est pourquoi, plusieurs rapports (du Conseil national du sida, de groupes d'experts pour le VIH, de la Cour des Comptes, de l'IGAS..) ont recommandé la fusion de ces structures et ont conduit à l'inscription d'une action T21 dans le plan national de lutte contre le VIH/Sida et IST 2010-2014. Cette action a trouvé sa concrétisation dans l'article 47 de la LFSS pour 2015.

## C. – LES OBJECTIFS DE LA RÉFORME

La création d'une nouvelle structure CeGIDD par la réforme des CDAG et CIDDIST, avec un financement unique par l'assurance maladie a pour but de répondre à deux objectifs :

- accroître l'accessibilité et la qualité de l'offre de prévention et de dépistage, notamment des personnes les plus vulnérables et les plus éloignées de cette offre, et mieux garantir la simplification et la continuité de leur parcours ;
- simplifier le régime juridique et financier de la structure et ainsi faciliter son pilotage et son suivi. En effet, les CDAG sont financées par l'assurance maladie depuis 1999 et les CIDDIST étaient financés par l'État jusqu'en 2014, leur financement ayant été transféré à l'assurance maladie pour l'année 2015 (cf. instruction DGS/RI2 n° 2015-31 du 30 janvier 2015).

La réforme des CeGIDD ne se limite pas à une simple fusion administrative des structures existantes mais préconise une nouvelle organisation du dispositif d'information, de dépistage et de diagnostic du VIH, des hépatites et des infections sexuellement transmissibles.

## II. – PROCÉDURE D'HABILITATION

La procédure d'habilitation des organismes gestionnaires souhaitant devenir CeGIDD est détaillée aux annexes 1 à 4 de la présente instruction.

### A. – HABILITATION PENDANT LA PÉRIODE TRANSITOIRE EN 2015

L'article 47 de la LFSS 2015 dispose que les établissements et organismes, qui sont désignés CDAG ou habilités CIDDIST ou relevant d'une collectivité territoriale ayant conclu une convention avec l'État pour la réalisation des activités IST, peuvent poursuivre leurs activités jusqu'au 31 décembre 2015 sous couvert de leur désignation/habilitation/convention antérieures délivrées en application des dispositions législatives et réglementaires applicables avant la date de promulgation de la dite loi (soit avant le 24 décembre 2014) et ceci quelle que soit la date d'échéance de cette désignation, habilitation ou convention. Aussi, les structures dont les désignations/habilitations arrivent à échéance courant 2015, voient cette échéance reportée systématiquement au 31 décembre 2015 de manière à ne pas obliger les promoteurs à déposer une demande de renouvellement et les ARS à renouveler des structures existantes sur des périodes inférieures à un an.

À compter de la date de publication du décret n° 2015-796 et de l'arrêté du 1<sup>er</sup> juillet 2015 pris en application de l'article 47 de la LFSS 2015, les CDAG et CIDDIST actuels, ainsi que tout autre organisme le souhaitant (liste des organismes gestionnaires pouvant être candidats en annexe 1), adressent leur demande d'habilitation en tant que CeGIDD au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) de la région où sera situé le CeGIDD, selon les modalités fixées aux articles D.3121-21 et D.3121-22 du code de la santé publique (cf. article 1<sup>er</sup> du décret susvisé).

Il appartient aux ARS de diffuser, aux responsables des organismes gestionnaires pouvant être candidats pour devenir CeGIDD, l'information :

- sur les règles relatives à la procédure d'habilitation détaillée (en annexe 1). Un modèle de dossier de demande d'habilitation conforme à l'annexe II de l'arrêté précité est mis à disposition des ARS et des organismes candidats, dans un objectif de simplification pratique de la procédure (en annexe 2).

- sur le calendrier de dépôt et de traitement des dossiers de demande d'habilitation par l'ARS, à compter de la date d'accusé de réception du dossier réputé complet (procédure schématisée dans l'annexe 3).

Il est préconisé d'accorder aux organismes candidats un délai de 2 mois, à compter de la date d'entrée en vigueur des textes précités, pour adresser leur demande d'habilitation au directeur général de l'ARS.

L'article 47 de la LFSS 2015 posait comme délai limite de dépôt des candidatures le 30 avril 2015. Compte tenu de la parution des textes d'application de la loi au 2 juillet 2015, la date limite de dépôt des candidatures est reportée au 3 septembre 2015 pour permettre à tout déposant de disposer de délai suffisant, fixé à 2 mois.

L'agence régionale de santé dispose d'un délai de quatre mois, à compter de la date de réception du dossier réputé complet, pour statuer sur la demande d'habilitation. L'habilitation accordée par le directeur général de l'ARS prend effet au 1<sup>er</sup> janvier 2016 et elle est accordée pour trois ans à partir de cette date, conformément aux dispositions de l'article 2 du décret n° 2015-796 du 1<sup>er</sup> juillet 2015 (exception faite des cas d'habilitation provisoire de 2 ans).

Selon les dispositions de l'article 47 de la LFSS 2015, l'absence de réponse au terme du délai de quatre mois précité vaut rejet implicite de la demande. Ainsi, le régime applicable aux décisions de l'ARS pendant cette période transitoire est donc que le silence gardé pendant 4 mois par l'administration vaut refus, par exception à l'article 21 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations modifiée par la loi du 12 novembre 2013 habilitant le Gouvernement à simplifier les relations entre l'administration et les citoyens.

#### B. – HABILITATION AU-DELÀ DE LA PÉRIODE TRANSITOIRE

Cette période débute à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, soit la date de mise en place des CeGIDD telle que prévue par l'article 47 de la LFSS pour 2015.

Tout organisme demandant son habilitation en tant que CeGIDD après cette date peut se voir accorder une habilitation de trois ans par le directeur général de l'ARS, dans un délai de six mois à compter de la réception de la demande, au vu des conditions définies à l'article D.3121-23 (procédure schématisée dans l'annexe 4). L'absence de réponse du directeur général de l'ARS au terme de ce délai de 6 mois, vaut acceptation de la demande d'habilitation.

#### C. – RENOUVELLEMENT DE L'HABILITATION

Toute demande de renouvellement de l'habilitation est adressée par le responsable de l'organisme gestionnaire au directeur général de l'ARS au plus tard six mois avant l'échéance de l'habilitation en vigueur. Selon les dispositions de l'article D.3121-23-1 du CSP, le renouvellement est accordé pour cinq ans par le directeur général de l'ARS dans un délai de six mois à compter de la réception de la demande, au vu des conditions définies à l'article D.3121-23 du CSP et après évaluation de l'activité du centre et, le cas échéant, après une visite sur site par un agent mentionné à l'article L.1421-1 du CSP (procédure schématisée dans l'annexe 4).

L'absence de réponse du directeur général de l'ARS au terme de ce délai, vaut acceptation de la demande de renouvellement.

### III. – LE NOUVEAU DISPOSITIF DES CEGIDD

#### A. – MISSIONS DES CEGIDD

Conformément aux dispositions de l'article 47 de la LFSS 2015, le CeGIDD assure dans ses locaux ou hors les murs, notamment auprès des publics les plus concernés :

- la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés ;
- la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles (IST) ;
- la prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle, notamment par la prescription de contraception.

Les missions devant être assurées par un CeGIDD sont précisées par l'arrêté du 1<sup>er</sup> juillet 2015. Elles sont présentées dans le tableau en annexe 5 de la présente instruction.



### **1. Missions dans le domaine de la lutte contre l'infection par le VIH, les hépatites virales et les autres IST**

Ces missions reprennent pour l'essentiel celles qui sont assumées par les CDAG et CIDDIST et concernent :

- l'accueil et l'information de l'utilisateur qui se présente au CeGIDD ou qui le contacte (téléphone, mail...);
- l'évaluation de ses besoins et l'élaboration avec lui de son parcours de santé dans l'objectif de lui apporter la prise en charge la plus adaptée possible;
- le dépistage, le diagnostic de l'utilisateur et le cas échéant de ses partenaires, avec leur accord;
- la prise en charge médicale de l'utilisateur porteur d'une chlamydie, d'une gonococcie, d'une syphilis ou de tout autre infection sexuellement transmissible (IST) ne nécessitant pas une prise en charge spécialisée (cf. liste indicative en annexe 6 de la présente instruction);
- la prise en charge et le suivi des accidents d'exposition au VIH, au virus de l'hépatite B (VHB) et au virus de l'hépatite C (VHC). Ainsi, si le traitement post-exposition (TPE) s'avère nécessaire après l'évaluation d'un accident d'exposition aux VIH, VHB et VHC, le CeGIDD doit orienter (voire accompagner) vers une structure autorisée à prescrire et dispenser des antirétroviraux ou des immunoglobulines pour l'hépatite B. En effet, la réglementation actuellement en vigueur en France sur la dispensation des antirétroviraux ou des immunoglobulines pour l'hépatite B ne permet pas leur prescription en dehors de l'hôpital. Les antirétroviraux sont classés dans la catégorie des médicaments à prescription initiale hospitalière annuelle et les immunoglobulines pour l'hépatite B sont réservés à l'usage hospitalier;
- l'orientation (voire l'accompagnement si nécessaire) de l'utilisateur porteur du VIH ou d'une hépatite virale après confirmation vers une consultation médicale adaptée et l'orientation de l'utilisateur porteur d'une IST compliquée dont le traitement nécessite une prise en charge spécialisée vers une structure de santé ou un professionnel ayant compétence pour la réaliser;
- la prise en charge psychologique et sociale de première intention de l'utilisateur.

### **2. Vaccination et prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle**

Comparé aux CDAG et CIDDIST, le CeGIDD accomplit de nouvelles missions, avec notamment :

- la mission de vaccination inclut ainsi celle contre l'hépatite B et s'élargit à celle contre l'hépatite A (hors indications pour les voyageurs), à la vaccination contre le papillomavirus humain (selon les recommandations du calendrier vaccinal) et, le cas échéant aux vaccinations recommandées par les autorités sanitaires pour les publics cibles;
- la prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle, qui comporte;
- l'éducation à la sexualité, l'information sur la grossesse et l'orientation pour sa prise en charge,
- la prévention des grossesses non désirées notamment par la prescription de contraception « classique » et/ou de contraception d'urgence et la délivrance de la contraception d'urgence dans certaines situations d'urgence sanitaire ou sociale;
- l'orientation des demandes d'interruption volontaire de grossesse;
- la détection, prévention et orientation des violences liées à la sexualité ou à l'identité de genre et des troubles et dysfonctions sexuels.

### **3. Missions d'orientation du CeGIDD**

Les missions d'orientation (voire d'accompagnement physique si nécessaire) des usagers vers des structures adaptées pour leurs prises en charge supposent que le CeGIDD s'inscrive dans un fonctionnement en partenariat avec des structures (hospitalières, centres de santé, centres de vaccination, centres de planification et d'éducation familiale, associatives...) et avec des professionnels ayant compétence pour assurer ces prises en charge.

Aussi, dans l'objectif de bien mener ses activités, dans ou hors les murs, ainsi que les orientations vers d'autres structures ou professionnels, le CeGIDD conclut des conventions de partenariat avec ces autres structures (sanitaires, sociales...) ou professionnels œuvrant sur le territoire de santé.

### **4. Les activités hors les murs**

Une des innovations est la reconnaissance dans les missions facultatives des CeGIDD de la réalisation d'activités hors les murs par le personnel du CeGIDD.

Les activités hors les murs sont des consultations avancées, réalisées par un ou des membres du personnel du CeGIDD en dehors du local principal ou du local de son antenne, et dirigées notamment vers les publics les plus exposés, au plan épidémiologique, au risque de transmission du VIH, des IST, des hépatites virales B et C et les publics les plus éloignés du système de soins (définis dans l'arrêté 1<sup>er</sup> juillet 2015 et répertoriés en annexe 7 de la présente instruction). Les actions hors les murs consistent essentiellement en la délivrance de message d'information, de prévention et, le cas échéant, si les conditions techniques, de gratuité, de confidentialité et de possibilité d'anonymat sont respectées, en la réalisation d'un dépistage du VIH, des hépatites virales ou d'autres IST. Ce dépistage peut être fait par tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) ou par prélèvement sanguin ou local.

Ces activités peuvent se faire en coordination avec les autres acteurs dont les associations œuvrant dans le territoire de santé ; chaque acteur gardant son indépendance d'action. Il convient que les actions conduites soient complémentaires et permettent de répondre aux besoins des publics cibles sur tout le territoire de santé. À cette fin, le centre peut conclure des conventions de partenariat avec ces autres acteurs.

### 5. Les autres missions facultatives du CeGIDD

De plus, en vue de répondre à des besoins territoriaux ou populationnels dans ses domaines de compétence, un CeGIDD peut organiser, à titre facultatif et avec l'accord de l'ARS, une prise en charge spécifique orientée vers la réponse à ces besoins, tel que prévu par l'arrêté 1<sup>er</sup> juillet 2015.

#### B. – PERSONNEL DU CeGIDD

##### *Composition*

La composition et l'effectif du personnel sont adaptés aux besoins locaux et à l'activité prévisionnelle du CeGIDD, identifiés par l'organisme gestionnaire et validés par l'ARS.

Le personnel du CeGIDD comporte au minimum :

- un(e) médecin, généraliste ou spécialiste, ayant une expérience dans la prise en charge du VIH, des hépatites virales et des IST ;
- un(e) infirmier(e) ;
- un(e) secrétaire chargé(e) de l'accueil du public et d'assister les autres membres du personnel dans la saisie et le traitement des données ;
- un(e) assistant(e) social(e) dont le temps de travail est adapté aux besoins, dans le cadre de partenariat formalisé avec d'autres structures ;
- un(e) psychologue ayant compétence dans la sexualité (sexualité humaine ou santé sexuelle), dont le temps de travail est adapté aux besoins, dans le cadre de partenariat formalisé avec d'autres structures.

Un coordonnateur est désigné parmi le personnel. Il est chargé du suivi de l'activité du centre.

En application de l'article R.3121-44 du code de la santé publique (sous réserve de la publication du décret en Conseil d'État), le CeGIDD ne relevant pas d'un établissement de santé fait appel à un pharmacien pour la dispensation des médicaments lorsque l'activité justifie sa présence à temps plein. Si l'activité ne justifie pas la présence d'un pharmacien, une dérogation peut être accordée à un médecin nommément désigné au sein du CeGIDD afin d'assurer l'approvisionnement, la détention, le contrôle et la dispensation des médicaments, sur demande faite auprès du directeur général de l'ARS.

Le CeGIDD peut comporter à titre facultatif et avec l'accord de l'ARS :

- des spécialistes pour répondre à l'évolution des besoins de prise en charge : un(e) dermatovénérologue, un(e) gynécologue, un(e) sexologue (médecin ou non), un(e) proctologue, un(e) urologue, un(e) hépato-gastroentérologue, un(e) infectiologue, un(e) sage femme, consultant dans le centre ou, dans le cadre d'un partenariat formalisé par écrit, dans une autre structure y compris en cabinet libéral ;
- d'autres acteurs non professionnels de santé (médiateur de santé...) dans le cadre de partenariat formalisé par écrit, pour répondre à certains besoins territoriaux ou populationnels.

Le CeGIDD indique et justifie dans sa demande d'habilitation ses besoins de faire appel à ces professionnels.



En cas de prise en charge spécifique assurée par un spécialiste dans les locaux du CEGIDD (ou en dehors), dans le cadre d'un partenariat formalisé par écrit (convention), cette consultation est prise en charge par le CeGIDD selon des modalités précisées dans la convention. Les mêmes dispositions s'appliquent pour les non professionnels de santé.

### *Formation*

Le CeGIDD veille à ce que les professionnels bénéficient d'une formation adaptée, notamment aux méthodes d'éducation relative à la santé, aux mesures préventives adaptées aux différentes situations à risque d'exposition aux infections par le VIH, les hépatites virales et les autres IST, à l'annonce d'un résultat positif, à la prise en charge des IST, aux spécificités des public cibles et aux nouveaux outils de prévention.

## C. – CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT

Tout CeGIDD doit respecter les règles de bonnes pratiques et la procédure d'assurance qualité détaillées dans le cahier des charges en annexe I de l'arrêté du 1<sup>er</sup> juillet 2015.

### 1. Dispositions communes

Le CeGIDD assure un minimum hebdomadaire de 4 demi-journées d'ouverture dans son local principal. La présence d'un médecin aux heures d'ouverture du centre est garantie.

Toutes les prestations dispensées par les CeGIDD sont gratuites. La possibilité de recourir à un interprète professionnel sur place ou par téléphone est organisée.

Il est rappelé que le CeGIDD assume une mission de service public auprès de la population générale et notamment de publics cibles. À ce titre, il a vocation à accueillir et prendre en charge tout usager, sans discrimination en raison de l'âge, du sexe, de l'état de santé, de la nationalité, de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre. Si le centre, en raison de son implantation, peut être d'un accès privilégié à certaines populations, il se doit d'accueillir et de proposer ses services à l'ensemble de la population en général.

Le cas échéant, tout CeGIDD peut délocaliser des consultations de façon quasi-permanente dites « antennes » dans une localité différente de celle du site principal. Ces antennes accomplissent l'ensemble des missions exercées sur le site principal du CeGIDD et sont destinées à tous les publics rencontrant des difficultés pour se rendre sur le site principal. Les antennes fonctionnent sur un nombre de demi-journées d'ouverture défini en fonction des besoins territoriaux et populationnels, sans minimum requis. Ce nombre de demi-journées n'est pas comptabilisé dans les 4 demi-journées d'ouverture requises au minimum pour le site principal. Les antennes d'un CeGIDD relèvent de l'activité même de ce CeGIDD et n'ont pas à faire l'objet d'une demande d'habilitation spécifique.

Sur autorisation de l'ARS et après avis de la Haute Autorité de santé, des professionnels de santé exerçant dans le CeGIDD peuvent s'engager à leur initiative, dans les limites de leurs compétences et connaissances et conformément aux dispositions de l'article L. 4011-1 du code de la santé publique, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès des usagers.

### 2. Règles de bonnes pratiques

Le CeGIDD respecte le caractère volontaire de la démarche de dépistage des usagers et la confidentialité de la consultation.

Contrairement aux CDAG et CIDDIST qu'il remplace, le CeGIDD propose à chaque usager une prise en charge anonyme ou non anonyme au moment de son accueil, hormis pour les activités de vaccination et de prescription de contraception qui ne font pas l'objet d'une prise en charge anonyme. À cette fin, il se conforme aux conditions d'accueil anonyme ou non anonyme fixées par l'annexe III de l'arrêté du 1<sup>er</sup> juillet 2015.

Les résultats des prélèvements à visée de dépistage et de diagnostic réalisés dans le CeGIDD sont remis en mains propres à l'utilisateur, par un médecin, au cours d'un entretien individuel, dans un délai maximum d'une semaine. Cette remise des résultats peut être effectuée par tout autre professionnel de santé dans le cadre d'une démarche de coopération mentionnée au point ci-dessus et au IV.B de l'annexe I de l'arrêté suscit.

Lorsque le CeGIDD ne se situe pas dans un établissement disposant d'un laboratoire de biologie ou un établissement de santé, il conclut une convention avec un ou des laboratoire(s) en vue de la réalisation des examens de biologie médicale. Cette convention précise les délais de remise

des résultats par le laboratoire permettant de respecter le délai maximum d'une semaine prévu ci-dessus. Les règles de bonnes pratiques sont observées pour la conservation et le transport des prélèvements pour examens biologiques.

Pour permettre l'approvisionnement, la détention et la dispensation des médicaments nécessaires pour la prévention, le traitement des infections sexuellement transmissibles et la contraception d'urgence par le CeGIDD, un décret en Conseil d'État (à paraître) va modifier les dispositions prévues aux articles R.3121-43, R.3121-44 et R.5124-45 du code de la santé publique nécessaires pour cette réalisation. Les médicaments sont détenus dans un lieu où n'ont pas libre accès les personnes étrangères au CeGIDD.

Un suivi de l'activité est assuré par un outil informatique permettant le suivi des consultations et l'extraction des données nécessaires au suivi d'activité et épidémiologique. Le CeGIDD fournit au 31 mars de l'année en cours, au directeur général de l'agence régionale de santé et à l'Institut de veille sanitaire un rapport d'activité et de performance sur l'année précédente conforme à un modèle qui sera fixé ultérieurement par arrêté du ministre chargé de la santé.

Le CeGIDD garantit les conditions d'hygiène et d'asepsie indispensables au respect des personnes et de l'environnement et, notamment l'existence d'un point d'eau et la mise en place d'un système d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) au sens des dispositions de l'article R.1335-1 du code de la santé publique.

Chaque CeGIDD formalise, dans un document écrit, la procédure d'assurance qualité mise en œuvre pour la réalisation de l'ensemble de ses missions (détail dans l'annexe I de l'arrêté du 1<sup>er</sup> juillet 2015).

À titre indicatif, les recommandations actuelles sur le dépistage des principales pathologies prises en charge dans les CeGIDD sont présentées dans les annexes 8 et 9 de la présente instruction.

#### D. – PROGRAMMATION, COORDINATION ET ÉVALUATION DES ACTIVITÉS DES CeGIDD

L'agence régionale de santé est responsable de la programmation stratégique des CeGIDD, qui peut se faire en lien avec le COREVIH, sur la base d'un diagnostic territorial partagé. La programmation stratégique consiste dans un premier temps à réaliser un état des lieux permettant d'obtenir une vue complète et détaillée de la situation épidémiologique de la région et des besoins de la population, et dans un second temps à organiser les implantations de CeGIDD pour qu'elles constituent une réponse optimale à ces besoins identifiés.

L'agence régionale de santé assure également la coordination, le suivi et l'analyse des activités des centres habilités. L'agence peut confier la mise en œuvre opérationnelle des missions de coordination, de suivi et d'analyse des activités à un CeGIDD (quel que soit l'organisme gestionnaire), à un COREVIH ou à un autre organisme compétent.

#### IV. – PRISE EN CHARGE DES DÉPENSES EN CEGIDD

L'article 47 de la LFSS 2015 dispose que les dépenses afférentes aux activités des CeGIDD sont prises en charge par l'assurance maladie et s'imputent sur le fonds d'intervention régionale (FIR) mentionné à l'article L.1435-8 du code de la santé publique. L'article L.174-16 du code de la sécurité sociale prévoit son financement sous forme d'une dotation forfaitaire annuelle.

Les dispositions financières applicables au CeGIDD, notamment celles relatives à la fixation de cette dotation forfaitaire, sont précisées dans l'annexe 10 de la présente instruction. À cet effet, cette annexe détermine un référentiel des coûts applicables aux dépenses d'activités prises en charge en CeGIDD.

Pour la ministre et par délégation :  
*Le directeur général de la santé,*  
B. VALLET

## ANNEXE 1

### PROCÉDURE D'HABILITATION DES CEGIDD

En application de l'article L.3121-2 du code de la santé publique, dans sa rédaction telle qu'issue de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, la mise en place des CeGIDD est soumise à une habilitation préalable par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS).

#### I. – ORGANISMES POUVANT ÊTRE CANDIDATS À L'HABILITATION ENTANT QUE CEGIDD

Peuvent être habilités comme CeGIDD au titre de l'article D.3121-21 du code de la santé publique (CSP):

1. Les établissements de santé assurant une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L.6112-1 du CSP.
2. Les services ou organismes relevant d'une collectivité territoriale et assurant une mission de prévention en matière de santé.
3. Les centres de santé mentionnés à l'article L.6323-1 du CSP.
4. Les associations régies par les dispositions de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 relative au contrat d'association.
5. Les centres d'examen de santé gérés directement par les organismes de sécurité sociale ou conventionnés avec ces organismes.
6. Les services ou organismes relevant d'un établissement d'enseignement supérieur et gérant des services de médecine préventive.
7. Les groupements de coopération sanitaire définis à l'article L.6133-1 du CSP.
8. Les groupements de coopération sociale et médico-sociale mentionnés à l'article L.312-7 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

#### II. – CALENDRIER DE MISE EN PLACE DES CEGIDD, PENDANT L'ANNÉE 2015 (PÉRIODE TRANSITOIRE)

Les organismes gestionnaires le souhaitant disposent d'un délai de 2 mois, à compter de la date de publication du décret n° 2015-796 du 1<sup>er</sup> juillet 2015 et de l'arrêté du 1<sup>er</sup> juillet 2015 pris en application de l'article 47 de la LFSS 2015 pour adresser leur demande d'habilitation au directeur général de l'ARS, par voie postale ou électronique.

La date limite de dépôt des dossiers de demande d'habilitation est fixée au 3 septembre 2015.

Le calendrier des dépôts et traitements des demandes d'habilitation, pendant la période transitoire 2015, est schématisé en annexe 3.

#### III. – PROCÉDURE D'HABILITATION

La procédure d'habilitation pour fonctionner en tant que CeGIDD est régie par les articles D.3121-21, D.3121-22 et D.3121-23 du CSP modifiés par le décret n° 2015-796 du 1<sup>er</sup> juillet 2015.

##### A. – LA DEMANDE D'HABILITATION

En application de l'article D.3121-22 du CSP, chaque organisme gestionnaire candidat à une habilitation comme CeGIDD adresse au directeur général de l'ARS de la région où sera situé le centre, un dossier de demande d'habilitation dont le contenu est défini par l'arrêté du 1<sup>er</sup> juillet 2015. Ce contenu permet de vérifier que l'organisme gestionnaire mentionné à l'article D.3121-21 du code de la santé publique est en mesure de se conformer aux prescriptions du cahier des charges déterminé à l'annexe I de l'arrêté précité.

Un modèle de dossier de demande d'habilitation est proposé en annexe 2 de la présente instruction. La demande d'habilitation couvre le site principal et les antennes le cas échéant.

En effet, tout CeGIDD peut délocaliser des consultations de façon quasi-permanente (dites « antennes ») dans une localité différente de celle du site principal, en fonction des besoins territoriaux et populationnels. Les antennes d'un CeGIDD relèvent de l'activité même de ce CeGIDD et n'ont pas à faire l'objet d'une demande d'habilitation spécifique. Cependant, les conditions de

fonctionnement (locaux, personnel, activités...) de l'antenne doivent être décrites dans le dossier de demande d'habilitation pour le site principal (une annexe au dossier d'habilitation est proposée à cet effet, en annexe 2 de la présente instruction).

Il est possible qu'une antenne puisse être mise en place postérieurement à l'habilitation du CeGIDD. Il s'agit alors d'une modification telle que définie à l'article D. 3121-25 du code de la santé publique modifié par le décret n° 2015-796 du 1<sup>er</sup> juillet 2015. Dans ce cas, un document annexe pour l'antenne, décrivant les modalités de fonctionnement de cette antenne doit être soumis à l'ARS qui devra juger de l'opportunité de la mise en place de cette antenne, en fonction des besoins actuels territoriaux et populationnels.

#### B. – L'APPRÉCIATION DU CARACTÈRE COMPLET OU INCOMPLET DU DOSSIER

Un contrôle du contenu du dossier de demande d'habilitation est effectué par les services de l'agence régionale de santé dans le ressort de laquelle sera situé le centre.

Conformément à l'article D. 3121-22 du code de la santé publique, le dossier accompagnant la demande est réputé complet lorsque le directeur général de l'ARS délivre un accusé de réception ou ne fait pas connaître au responsable de l'organisme gestionnaire dans le délai de deux mois après sa réception, par lettre recommandée avec accusé de réception, la liste des pièces manquantes ou incomplètes.

Il importe donc que l'ARS délivre un accusé de réception de la demande mentionnant :

- la date de réception de la demande ;
- le nom, l'adresse postale (et le cas échéant, électronique), le numéro de téléphone du service chargé du dossier ;
- si le dossier est incomplet, les pièces manquantes du dossier et le délai dans lequel les communiquer à l'ARS ;
- lorsque la demande est réputée complète, cet accusé de réception doit indiquer la date à laquelle, à défaut de réponse écrite de l'ARS, celle-ci sera considérée comme :
  - rejetée pendant la période transitoire 2015 (soit sous 4 mois) ainsi que les voies de recours contre cette décision implicite de rejet ;
  - acceptée au-delà de la période transitoire (soit sous 6 mois).

En cas de dossier incomplet, l'organisme gestionnaire doit fournir les pièces manquantes dans le délai fixé par le directeur général de l'ARS. À défaut de ces éléments, la demande est jugée incomplète et donc irrecevable.

#### C. – LA DÉLIVRANCE DE L'HABILITATION

##### 1. Délivrance de l'habilitation pendant la période transitoire en 2015

Conformément à l'article 2 du décret n° 2015-796 du 1<sup>er</sup> juillet 2015, l'habilitation est accordée par le directeur général de l'ARS, au vu :

- de la situation épidémiologique au regard des virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles et des besoins de santé des populations notamment les plus concernées, dans la région ;
- de l'adéquation de la demande d'habilitation avec les besoins identifiés, en prenant compte les autres offres existantes ;
- de l'adéquation des dépenses prévisionnelles avec les dispositions de l'article D. 174-18 du code de la sécurité sociale, tenant compte :
  - du périmètre des dépenses d'activité définies à l'article D. 174-15 du code de la sécurité sociale ;
  - de l'activité constatée pour les trois dernières années ; lorsque le centre est en activité depuis moins de trois ans, ou en cas de circonstances particulières, l'activité prise en compte est celle prévue pour l'exercice ;
  - du coût moyen des dépenses d'activité attendu du centre au regard de son activité prévisionnelle ;
- des pièces du dossier accompagnant la demande et, le cas échéant, après une visite sur site par un agent mentionné à l'article L. 1421-1.

Selon les dispositions de l'article 47 de la LFSS 2015, l'agence régionale de santé dispose d'un délai de quatre mois à compter de l'accusé de réception de la demande, pour statuer.

L'absence de réponse de l'agence régionale de santé dans ce délai de quatre mois à compter de la réception du dossier réputé complet vaut rejet implicite de la demande.

L'ARS doit motiver ses décisions expresses d'acceptation et de refus d'habilitation. Ses décisions implicites de refus sont motivées sur demande de l'organisme intéressé.

## 2. Délivrance de l'habilitation au-delà de la période transitoire

Conformément à l'article D. 3121-23 du décret n° 2015-796 du 1<sup>er</sup> juillet 2015, l'habilitation est accordée par le directeur général de l'ARS dans un délai de six mois, au vu :

- de la situation épidémiologique au regard des virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles, des besoins de santé des populations notamment les plus concernées;
- de l'adéquation de la demande d'habilitation avec les besoins identifiés, en prenant compte les autres offres existantes;
- de l'adéquation des dépenses prévisionnelles avec les dispositions de l'article D. 174-18 du code de la sécurité sociale, tenant compte :
  - du périmètre des dépenses d'activité définies à l'article D. 174-15 du code de la sécurité sociale;
  - de l'activité constatée pour les trois dernières années; lorsque le centre est en activité depuis moins de trois ans, ou en cas de circonstances particulières, l'activité prise en compte est celle prévue pour l'exercice;
  - du coût moyen des dépenses d'activité attendu du centre au regard de son activité prévisionnelle;
- des pièces du dossier accompagnant la demande et, le cas échéant, après une visite sur site par un agent mentionné à l'article L. 1421-1.

Le régime applicable aux décisions de l'ARS au-delà de la période transitoire est donc que le silence gardé par l'administration pendant 6 mois vaut acceptation.

Les décisions d'habilitation ou de refus d'habilitation sont notifiées au demandeur de l'habilitation. Les décisions de refus sont motivées. La décision implicite d'acceptation fait l'objet, à la demande de l'intéressé, d'une attestation par l'administration.

Pour mémoire, il est à noter que la décision implicite d'acceptation ne peut pas être retirée par l'administration sauf si elle est illégale et l'administration ne peut le faire que :

- dans les 2 mois à partir de la date à laquelle est intervenue la décision, si aucune mesure d'information des tiers n'a été mise en œuvre;
- pendant le délai de recours contentieux, si des mesures d'information des tiers ont été mises en œuvre;
- depuis le moment où une demande en justice est formée jusqu'au jour où le jugement est rendu, pour les cas de recours contentieux.

## 3. La durée de l'habilitation

a) En cas de délivrance pendant la période transitoire, jusqu'au 31 décembre 2015

L'habilitation initiale en tant que CeGIDD est accordée par le directeur général de l'ARS pour une durée de trois ans.

À titre dérogatoire, une habilitation provisoire de deux ans peut être délivrée aux établissements et organismes qui ne sont pas en mesure, au jour de la prise d'effet de l'habilitation, d'effectuer l'ensemble des activités de centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic, à la condition qu'ils s'engagent à mettre en œuvre les conditions nécessaires à l'exercice de l'ensemble des activités dans ce délai de deux ans. À l'expiration du délai, l'habilitation prend fin et ne peut être renouvelée au centre qui n'exerce pas l'ensemble des activités mentionnées à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique. Par contre, le centre qui satisfait aux conditions d'activités de CeGIDD doit déposer, à l'issue des deux années d'habilitation provisoire, une demande de renouvellement d'habilitation. Le renouvellement est accordé pour cinq ans dans un délai de six mois à compter de la réception de la demande, selon les dispositions de l'article D. 3121-23-1 du code de la santé publique.

b) En cas de délivrance au-delà de la période transitoire, soit après le 1<sup>er</sup> janvier 2016

L'habilitation initiale en tant que CeGIDD est accordée par le directeur général de l'ARS pour une durée de trois ans.

## 4. Le renouvellement de l'habilitation

La demande de renouvellement de l'habilitation est adressée par le responsable de l'organisme gestionnaire au directeur général de l'agence régionale de santé au plus tard six mois avant

l'échéance de l'habilitation en vigueur. Le renouvellement est accordé pour cinq ans par le directeur général de l'agence régionale de santé dans un délai de six mois à compter de la réception de la demande, au vu des conditions définies à l'article D.3121-23 et après évaluation de l'activité de la centre et, le cas échéant, après une visite sur site par un agent mentionné à l'article L.1421-1.

L'absence de réponse du directeur général de l'agence régionale de santé au terme de ce délai, vaut acceptation de la demande de renouvellement.

#### D. – MODIFICATIONS APRÈS HABILITATION

Conformément aux dispositions de l'article D.3121-25 du code de la santé publique modifié par le décret n° 2015-796 du 1<sup>er</sup> juillet 2015, le responsable de l'organisme gestionnaire porte à la connaissance du directeur général de l'ARS toute modification intervenant après l'habilitation du CeGIDD et concernant notamment sur ses modalités d'organisation et de fonctionnement (par exemple recrutement de personnel supplémentaire, mise en place d'une antenne, changements de locaux...).

Le directeur général de l'ARS apprécie si cette modification nécessite une modification de l'habilitation.

#### E. – LA SUSPENSION DE L'HABILITATION

Selon les dispositions de l'article D.3121-25 du CSP issu de l'article 1<sup>er</sup> du décret n° 2015-796 du 1<sup>er</sup> juillet 2015 du CSP, lorsqu'il a été constaté de manière contradictoire que les modalités de fonctionnement du centre ne permettent plus de répondre aux conditions fixées à l'article D.3121-22, le directeur général de l'agence régionale de santé met en demeure son responsable de s'y conformer dans le délai qu'il fixe. Si cette mise en demeure n'est pas suivie d'effet dans le délai imparti, l'habilitation peut être retirée. Le défaut de production du rapport d'activité et de performance peut également entraîner le retrait d'habilitation par le directeur général de l'agence régionale de santé.

En cas d'urgence tenant à la sécurité des usagers, l'habilitation peut être suspendue sans délai.

#### F. – CONCERNANT LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

Conformément aux dispositions de l'article 47 de la LFSS 2015, la gestion d'un CeGIDD peut être confiée à une collectivité territoriale, dans le cadre d'une convention conclue avec le directeur général de l'ARS.

Les collectivités territoriales candidates pour la gestion de CeGIDD doivent se conformer aux dispositions de la présente instruction, pour bénéficier de l'habilitation ou renouvellement d'habilitation prévus par les articles D.3121-23 et D.3121-23-1 du code de la santé publique issus de l'article 1<sup>er</sup> et par l'article 2 du décret n° 2015-796 du 1<sup>er</sup> juillet 2015.

Une fois l'habilitation accordée, une convention est signée entre la collectivité territoriale et le directeur général de l'ARS, définissant les rôles respectifs de chacun des deux parties.



ANNEXE 2

**Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CEGIDD)**

**Dossier de demande d'habilitation**

*(Ce dossier concerne uniquement le site principal du CeGIDD)*

Tout organisme énuméré à l'article D. 3121-21 du code de la santé publique et candidat à une habilitation pour constituer un centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD) adresse sa demande d'habilitation au directeur général de l'agence régionale de santé de la région où le centre sera situé, en application de l'article D. 3121-22 du même code.

Le responsable de l'organisme gestionnaire adresse au plus tard **le xxxxx 2015 :**

- Une lettre de demande d'habilitation,
- Le présent dossier,
- Les pièces justificatives,
- L'annexe au dossier d'habilitation concernant l'antenne le cas échéant (une annexe par antenne),
- L'annexe au dossier d'habilitation concernant l'activité prévisionnelle et le budget prévisionnel en vue de la première dotation forfaitaire en cas d'habilitation (article D.174.18 du code de la sécurité sociale).

Ces documents sont à adresser par voie postale ou électronique à l'agence régionale de santé :

Adresse de l'ARS

Mel

Pour tout renseignement concernant votre demande, **contacter l'ARS ...**

## **Partie 1 : Informations générales**

- Nom de la structure :  
(Exemple : Centre de santé de la commune de..., Etablissement de santé, association...)
  
- Nom de l'organisme gestionnaire :  
(Exemple : Commune, Conseil Départemental, Etablissement de santé, association...)
  
- Forme juridique et statut actuels de la structure demandant l'habilitation :  
(Cochez la case correspondante)
  - Etablissements de santé assurant une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique ;
  - Services ou organismes relevant d'une collectivité territoriale et assurant une mission de prévention en matière de santé ;
  - Centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 ;
  - Associations régies par les dispositions de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 relative au contrat d'association ;
  - Centres d'examen de santé gérés directement par les organismes de sécurité sociale ou conventionnés avec ces organismes ;
  - Services ou organismes relevant d'un établissement d'enseignement supérieur et gérant des services de médecine préventive ;
  - Groupements de coopération sanitaire définis à l'article L.6133-1 ;
  - Groupements de coopération sociale et médico-sociale mentionnés à l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles.
  
- Nom et qualité de la personne responsable de la structure :
  - o Nom :
  - o Qualité :
  - o Téléphone :
  - o Courriel :
  
- Nom et qualité de la personne responsable du dossier de demande d'habilitation si différente du responsable de la structure :
  - o Nom :
  - o Qualité :
  - o Téléphone :
  - o Courriel :



- Site(s) d'implantation de la structure :

- o Site principal :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

- o De(s) éventuelle(s) antenne(s) :

Adresse (antenne 1) :

Adresse (antenne 2) :

Adresse (antenne 3) :

Adresse (antenne 4) :

- La structure est-elle actuellement en activité (site principal et éventuelle(s) antenne(s)) ? *(Cochez la(es) case(s) correspondante(s))*

CDAG

CIDDIST

Autres : précisez

- Indiquez tout élément permettant de vérifier que la structure candidate mentionnée à l'article D. 3121-21 du code de la santé publique est en mesure de se conformer aux prescriptions du cahier des charges déterminé à l'annexe I de l'arrêté du 1<sup>er</sup> juillet 2015.

*(Démontrer en quelques lignes que les activités actuelles de votre structure vous permettent d'accomplir les missions des CeGIDD).*

## **Partie 2 : Descriptif du projet**

La structure candidate indique la manière dont elle respecte les exigences définies à l'annexe I de l'arrêté du 1<sup>er</sup> juillet 2015, décrit l'offre proposée et son insertion dans le contexte locorégional d'offre de prévention, de dépistage et de diagnostic et son articulation avec le COREVIH, le service expert hépatites et les autres acteurs intervenant dans la lutte contre le VIH/ Sida, les hépatites virales et les IST, et les autres risques liés à la sexualité.

*Indiquez (5 pages dactylographiées maximum à joindre au dossier) les motivations de la structure à la demande de l'habilitation. Vous pouvez préciser :*

- *Le contexte locorégional,*
- *L'insertion de la structure dans ce contexte,*
- *L'articulation avec les partenaires et les complémentarités,*
- *L'offre proposée (cf. le tableau page suivante) et le public visé.*

L'arrêté du 1<sup>er</sup> juillet 2015 précise les missions des CeGIDD. Indiquez dans le tableau suivant si vous accomplirez toutes les missions sur le site principal au 1<sup>er</sup> janvier 2016 ou si vous serez en mesure de n'en accomplir qu'une partie et lesquelles. *(Cochez les cases correspondantes).*

|   | <b>Missions des CeGIDD</b>  | <b>Au<br/>01/01/16</b> | <b>A<br/>échéance<br/>de 2 ans</b> |
|---|---|------------------------|------------------------------------|
| <b>Missions dans le domaine de la lutte contre le VIH, les hépatites virales et les IST</b>   | 1 - accueil et information de l'utilisateur   |                        |                                    |
|   | 2 - entretien personnalisé et évaluation de ses facteurs d'exposition   |                        |                                    |
|   | 3 - élaboration avec l'utilisateur de son parcours de santé   |                        |                                    |
|   | 4 - dépistage et/ou examens clinique et biologique de diagnostic réalisés chez l'utilisateur et, le cas échéant, chez ses partenaires, sous réserve de leur accord  |                        |                                    |
|   | 5 - conseil personnalisé dans un but de prévention primaire et secondaire et distribution de matériels de prévention (préservatifs, gels...)  |                        |                                    |
|   | 6 - prise en charge et suivi d'un accident d'exposition au VIH, au virus de l'hépatite B (VHB) et au virus de l'hépatite C (VHC), conformément à la réglementation en vigueur sur la dispensation des antirétroviraux ou des immunoglobulines pour l'hépatite B, ou orientation vers une structure autorisée                                      |                        |                                    |
|   | 7- prise en charge médicale de l'utilisateur porteur d'une chlamydie, d'une gonococcie, d'une syphilis ou de toute autre IST ne nécessitant pas une prise en charge spécialisée   |                        |                                    |
|   | 8- orientation (voire accompagnement si nécessaire) de l'utilisateur porteur du VIH ou d'une hépatite virale après confirmation vers une consultation médicale adaptée  |                        |                                    |
|   | 9 - orientation de l'utilisateur porteur d'une IST compliquée dont le traitement nécessite une prise en charge spécialisée vers une structure de santé ou un professionnel ayant compétence pour la réaliser  |                        |                                    |
|   | 10 - prise en charge psychologique et sociale de première intention de l'utilisateur  |                        |                                    |
|   | 11 - vaccination contre les virus de l'hépatite B, de l'hépatite A (hors indications pour les voyageurs) et du papillomavirus selon les recommandations du calendrier vaccinal, et le cas échéant les vaccinations recommandées par les autorités sanitaires pour des publics cibles  |                        |                                    |
|   | 12- réalisation éventuelle d'activités hors les murs en direction de publics cibles pour l'information, la prévention et le dépistage   |                        |                                    |
|   | 13 - conseil et expertise auprès des professionnels locaux  |                        |                                    |
| <b>Missions dans le domaine de la prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle</b> | 14 - information et éducation à la sexualité  |                        |                                    |
|   | 15 - information sur la grossesse et orientation pour sa prise en charge  |                        |                                    |
|   | 16 - prévention des grossesses non désirées notamment par la prescription de contraception y compris la contraception d'urgence et la délivrance de celle-ci dans certaines situations d'urgence sanitaire ou sociale ; orientation des demandes d'interruption volontaire de grossesse vers une structure de santé ou un professionnel compétent |                        |                                    |
|   | 17 - prévention et détection des violences sexuelles ou des violences liées à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre, des troubles et dysfonctions sexuels, par la proposition d'une orientation vers une prise en charge adéquate   |                        |                                    |
| <b>Prise en charge spécifique et facultative</b>  | 18 - En vue de répondre à des besoins territoriaux ou populationnels dans les domaines visés ci-dessus, organisation avec l'accord de l'ARS d'une prise en charge spécifique orientée vers la réponse à ces besoins : préciser  |                        |                                    |

**Partie 3 : Descriptif du personnel, des modalités de fonctionnement et de l'organisation de la structure**

**1/ Informations relatives au personnel :**

La structure candidate indique le nom, le nombre et la qualité des professionnels mentionnés au IV de l'annexe I de l'arrêté du 1<sup>er</sup> juillet 2015 intervenant en son sein et listés dans le tableau ci-après. Elle en précise le temps de présence, la formation, l'expérience et la fonction (joindre au dossier d'habilitation les *curriculum vitae*, copies de diplômes, attestations..., justifiant de la formation et de l'expérience des professionnels).

**Composition**

- La structure précise le nom, la formation et la fonction du coordonnateur :
  
- Pour l'équipe minimale : (*remplir le tableau ci-dessous*).

| Type de professionnels                                       | Nom et qualité | formation, expérience | Temps de présence hebdomadaire en heures |
|--|----------------|-----------------------|--|
| <i>Médecin généraliste</i>                                   |                |                       |  |
|  |                |                       |  |
|  |                |                       |  |
| <i>Médecin spécialiste</i>                                   |                |                       |  |
|  |                |                       |  |
|  |                |                       |  |
| Infirmier diplômé d'Etat                                     |                |                       |  |
|  |                |                       |  |
|  |                |                       |  |
| Secrétaire   |                |                       |  |
| Assistant social   |                |                       |  |
| Psychologue ayant compétence dans le domaine de la sexualité |                |                       |  |

- La structure doit justifier les recours aux professionnels intervenant à titre facultatif.  
(Choix du ou des professionnels concernés dans le tableau ci-dessous, le cas échéant).

| Type de professionnels   | Nom et qualité | Préciser : formation, expérience | Temps de présence hebdomadaire en heures | Modalités de consultations* |
|--|----------------|----------------------------------|--|-----------------------------|
| Dermato-vénérologue  |                |                                  |  |                             |
| Gynécologue  |                |                                  |  |                             |
| Sexologue  |                |                                  |  |                             |
| Proctologue  |                |                                  |  |                             |
| Urologue   |                |                                  |  |                             |
| Hépatogastroentérologue  |                |                                  |  |                             |
| Infectiologue  |                |                                  |  |                             |
| Sage-femme   |                |                                  |  |                             |
| Autres acteurs non professionnels de santé (médiateur de santé...) |                |                                  |  |                             |

\* Consultations dans le centre : noter « Centre » ; dans le cadre d'un partenariat externe : noter « Partenariat »

Pour la présence d'un spécialiste au-delà de l'équipe minimale exigée pour le fonctionnement du CeGIDD, vous devez justifier cette présence par les besoins populationnels et territoriaux.

[Préciser les besoins pour chaque spécialiste souhaité (public pris en charge, évolution de prise en charge...)]

Si le CeGIDD ne relève pas d'un établissement de santé, fait-il appel à un pharmacien pour la dispensation des médicaments ? (article R. 3121-44 du code de la santé publique) (Cochez la case correspondante).

Oui, l'activité justifie la présence d'un pharmacien à temps plein : précisez nom, qualité, formation, expérience, temps de présence du pharmacien :

Non, l'activité ne justifie pas la présence d'un pharmacien à temps plein : précisez le nom du médecin assurant l'approvisionnement, la détention, le contrôle et la gestion des médicaments :

### **Formation**

Des attestations de suivi de formation du personnel sont fournies. Il est admis que les centres qui ne peuvent pas exercer d'emblée l'ensemble des missions puissent fournir ces attestations dans le délai des deux ans de mise en conformité accordé par l'ARS.

**2/ Informations relatives aux lieux et équipements :**

La structure candidate décrit pour le site principal :

- a) Les locaux fixes ou mobiles (c'est-à-dire le local principal, les actions hors les murs) et les lieux d'intervention :

(Joindre le plan des locaux),

- Pour les locaux fixes : Précisez

|   | Nombre de pièces | Précisez |
|---|------------------|----------|
| Bureau d'accueil permettant de respecter la confidentialité   |                  |          |
| Salle d'attente   |                  |          |
| Salle pour la consultation médicale équipée pour réaliser des examens gynécologiques et des prélèvements uro-génitaux, anaux... avec une table gynécologique adaptée pour les personnes handicapées |                  |          |
| Pièce pour la réalisation des prélèvements sanguins et la prise en charge par le personnel infirmier  |                  |          |
| Nombre de bureaux adapté au nombre des professionnels et à leurs plages de consultation : indiquer le nombre de bureaux   |                  |          |
| Zone d'archivage des dossiers fermant à clef  |                  |          |
| Zone de stockage des médicaments où n'ont pas libre accès les personnes étrangères au CeGIDD  |                  |          |

La structure précise l'accessibilité de ces locaux (desserte transports en commun, accès direct ou non, visibilité pour le public, accès pour les personnes handicapées).

- Pour les activités hors les murs : *Précisez*

| Liste et adresses des structures cibles pouvant bénéficier d'une action hors les murs (CHRS, centre pénitentiaires...) | Type d'intervention (information, sensibilisation, dépistage...) | Moyens (humains...) mis en œuvre | Périodicité d'action |
|--|--|----------------------------------|----------------------|
|  |  |                                  |                      |
|  |  |                                  |                      |
|  |  |                                  |                      |
|  |  |                                  |                      |
|  |  |                                  |                      |
|  |  |                                  |                      |

b) L'équipement et le matériel :

*(Exemple : matériel adaptés aux vaccinations et à la prise en charge des éventuelles réactions indésirables graves (maintien de la chaîne du froid, trousse d'urgence...); matériel informatique permettant le suivi des consultations et l'extraction des données de suivi d'activité et épidémiologiques).*

- c) Les conditions de conservation des données, anonymes ou non, relatives aux usagers permettant de garantir la confidentialité des informations conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés :

- d) Les conditions de respect de l'hygiène et d'élimination des déchets d'activités de soins à risque infectieux (joindre les protocoles et conventions éventuelles) :

- e) Les modalités de stockage et de dispensation des médicaments et des vaccins :





e) Les conditions garantissant la confidentialité des échanges avec l'utilisateur à l'intérieur des locaux fixes ou mobiles servant de lieux d'intervention ;

f) Les conditions d'anonymisation et de levée d'anonymat ;

g) Les conditions et modalités d'orientation et d'accompagnement des personnes vers un médecin, vers un établissement ou service de santé spécialisé, vers une structure associative en cas de besoin ;

La structure décrit son articulation avec le COREVIH et autres instances et doit préciser les partenariats formalisés (la nature et l'objet précis des partenariats, la date de signature prévisionnelle, la durée de la convention ainsi que les institutions concernées).

Il peut s'agir de partenariats suivants, avec :

- Le(s) médecins de ville ou hospitaliers (gynécologue, dermatovénérologue, urologue, proctologue, hépato-gastroentérologue, sexologue, infectiologue, sage-femme...) organisé(s) ou non en réseaux ;
- Le(s) laboratoires de biologie médicale ;
- Le(s) centres de vaccination susceptible(s) de prendre en charge les vaccinations des personnes ;
- Le(s) centres de planification et éducation familiale susceptible(s) de prendre en charge la contraception pour les personnes ;
- Le(s) organismes, notamment les associations, avec lesquels est envisagée la conduite d'actions hors les murs ou tout autre action concourant à la mise en œuvre des missions du CeGIDD ;
- Le(s) dispositifs médico-légaux susceptible(s) de prendre en charge les victimes de violences sexuelles ou des violences liées à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre.

| Partenariats formalisés, institutions concernés | Nature et objet du partenariat | Date de signature | Durée de l'engagement |
|---|--------------------------------|-------------------|-----------------------|
|   |                                |                   |                       |
|   |                                |                   |                       |
|   |                                |                   |                       |
|   |                                |                   |                       |
|   |                                |                   |                       |
|   |                                |                   |                       |

## **Partie 4 : Procédure d'assurance qualité**

La structure candidate fournit un document décrivant la procédure d'assurance qualité telle que définie au D du V de l'annexe I de l'arrêté du 1<sup>er</sup> juillet 2015.

## **Pièces supplémentaires à fournir :**

- Attestation de souscription d'une assurance en responsabilité civile pour la réalisation des missions
- Rapport d'activité, rapport moral et financier et les comptes annuels de sa dernière année d'exercice

Je soussigné (nom et prénom, fonction) :

certifie exactes et sincères les informations du présent dossier

déclare avoir la capacité à demander l'habilitation

Fait à

Le

Le responsable de l'organisme gestionnaire

(Nom – prénom – qualité)

Signature

**Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic  
des infections par les virus de l'immunodéficience humaine  
et des hépatites virales et des infections sexuellement  
transmissibles**

**Dossier de demande d'habilitation**

**Annexe sur l'activité prévisionnelle  
et le budget prévisionnel**

L'annexe au dossier d'habilitation concernant l'activité prévisionnelle et le budget prévisionnel est à compléter en vue du calcul de l'attribution de la dotation forfaitaire en cas d'habilitation (article D.174.18 du code de la sécurité sociale).

**Activité prévisionnelle de la structure**

L'organisme gestionnaire fournit des éléments détaillés concernant l'activité prévisionnelle de la structure (*remplir le tableau ci-après*) :

Elle précise les modalités de prévision retenues pour établir ces renseignements :

| Nature activité prévisionnelle   | Prévision de l'activité annuelle | Commentaires |
|--|----------------------------------|--------------|
| Nombre de personnes reçues   |                                  |              |
| Nombre total de consultations  |                                  |              |
| Nombre de consultations par heure  |                                  |              |
| Nombre de tests sérologiques VIH   |                                  |              |
| Nombre de tests sérologiques VHB   |                                  |              |
| Nombre de tests sérologiques VHC   |                                  |              |
| Nombre de tests sérologiques syphilis  |                                  |              |
| Nombre de PCR chlamydiae/gonocoques  |                                  |              |
| Autres tests de dépistage et/ou diagnostics IST  |                                  |              |
| Nombre de dépistages par TROD  |                                  |              |
| Nombre de traitements mis en œuvre sur site  |                                  |              |
| Nombre d'actions hors les murs (l'information, la prévention, l'incitation au dépistage, et le dépistage...) |                                  |              |
| Autres (renseignement libre par la structure)  |                                  |              |

La structure fournit des éléments prévisionnels concernant la composition prévisionnelle de la file active, en détaillant les différents publics préférentiellement ciblés : *(indiquer si le public est moyennement représenté ou fortement représenté)* :

- Jeunes :
- Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes :
- Public LGBT :
- Personnes migrantes :
- Personnes en situation de prostitution :
- Personnes en situation de précarité :
- Usagers de drogues :
- Personnes détenues ou sortant de détention :
- Autres populations identifiées comme cibles par les situations épidémiologiques locales... :

**Budget prévisionnel de la structure**

L'organisme gestionnaire fournit des éléments détaillés concernant :

- les dépenses et les recettes prévisionnelles de la structure CeGIDD, sur une année complète :

| Charges  | Montants | Produits                            | Montants |
|--|----------|-------------------------------------|----------|
| 60 – Achats (dont médicaments et petits matériels)   | 0        | 74- Ressources d'exploitation / FIR | 0        |
| 61 - Services extérieurs (dont frais de laboratoire) | 0        | 75 - Autres Ressources              | 0        |
| 63 - Impôts et taxes Organismes sociaux              | 0        |                                     |          |
| 64- Charges de personnel                             | 0        |                                     |          |
| 65- Autres charges de gestion courante               | 0        |                                     |          |
| <b>TOTAL DES CHARGES</b>                             | <b>0</b> | <b>TOTAL DES PRODUITS</b>           | <b>0</b> |

Le budget prévisionnel doit être équilibré. Si le compte 75 « Autres ressources » est renseigné, il doit être indiqué la nature de ces ressources (CPAM, ...etc.)

- les prévisions relatives au personnel de la structure CeGIDD :

| Nom  | Prénom   | Intitulé du poste | ETP [A] | Rémunération brute annuelle (en €) 100% [B] | Calcul automatique de la rémunération brute annuelle (en €) proratisée ETP pour chaque salarié (compte 641) [C]=[A]x[B] |   |          |  |          |
|--|--|-------------------|---------|---|---|---|----------|--|----------|
|  |  |                   |         |   |   | 0 | 641      | Total rémunération du personnel pour l'action (en €) [D]   | 0        |
|  |  |                   |         |   |   | 0 | 645, 647 | Charges sociales et patronales (en €) [E]                  |          |
|  |  |                   |         |   |   | 0 | 648      | Autres charges de personnel (en €) [F]                     |          |
|  |  |                   |         |   |   | 0 |          | <b>Total Rémunération compte 64 (en €) [G]=[D]+[E]+[F]</b> | <b>0</b> |
|  |  |                   |         |   |   | 0 |          |  |          |
|  |  |                   |         |   |   | 0 | 631, 633 | Impôts et taxes sur rémunérations (en €)                   |          |
| Nom  | Indiquer le nom de la personne   |                   |         |   |   |   |          |  |          |
| Prénom   | Indiquer le prénom de la personne  |                   |         |   |   |   |          |  |          |
| Intitulé du poste  | médecin, infirmier, secrétaire...etc.  |                   |         |   |   |   |          |  |          |
| ETP  | Le nombre d'ETP doit être compris entre 0 et 1. Il correspond à l'effectif physique pondéré par la quotité de travail de l'agent. A titre d'exemple, un salarié dont la quotité de travail est à 60%, correspond à 0,6 ETP ; un salarié en CDD de 3 mois travaillant à 80% correspond à 0,8*3/12, soit 0,2 ETP ; un salarié travaillant à 100% toute l'année correspond à 1 ETP. |                   |         |   |   |   |          |  |          |
| Rémunération brute annuelle (en €) 100%  | Il convient d'indiquer la rémunération brute annuelle du salarié, à 100%   |                   |         |   |   |   |          |  |          |
| Calcul automatique de la rémunération brute annuelle (en €) proratisée ETP pour chaque salarié (compte 641)  | Les cellules se calculent automatiquement dès lors que les colonnes "ETP" et "Rémunération brute annuelle (en €) 100%" sont renseignées.   |                   |         |   |   |   |          |  |          |
| Par ailleurs, afin de définir le salaire brut chargé, merci de renseigner les cellules suivantes : charges sociales et patronales (comptes 645,647), autres charges de personnel (compte 648), impôts et taxes sur rémunération (compte 631,633) |  |                   |         |   |   |   |          |  |          |

**Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic  
des infections par les virus de l'immunodéficience humaine  
et des hépatites virales et des infections sexuellement  
transmissibles**

**Dossier de demande d'habilitation**

**Annexe relative à l'antenne**

Il est rappelé qu'une annexe au dossier d'habilitation relative à l'antenne  
est à renseigner par antenne.

Site d'implantation de l'antenne

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Indiquez dans le tableau ci-après si vous accomplirez toutes les missions sur l'antenne au 1<sup>er</sup> janvier 2016 ou si vous ne serez en mesure d'en accomplir qu'une partie et lesquelles.

*(Cochez les cases correspondantes).*



| Missions des CeGIDD   | Au<br>01/01/16 | A échéance<br>de 2 ans |
|---|----------------|------------------------|
| 1 - accueil et information de l'utilisateur   |                |                        |
| 2 - entretien personnalisé et évaluation de ses facteurs d'exposition   |                |                        |
| 3 - élaboration avec l'utilisateur de son parcours de santé   |                |                        |
| 4 - dépistage et/ou examens clinique et biologique de diagnostic réalisés chez l'utilisateur et, le cas échéant, chez ses partenaires, sous réserve de leur accord  |                |                        |
| 5 - conseil personnalisé dans un but de prévention primaire et secondaire et distribution de matériels de prévention (préservatifs, gels...)  |                |                        |
| 6 - prise en charge et suivi d'un accident d'exposition au VIH, au virus de l'hépatite B (VHB) et au virus de l'hépatite C (VHC), conformément à la réglementation en vigueur sur la dispensation des antirétroviraux ou des immunoglobulines pour l'hépatite B, ou orientation vers une structure autorisée  |                |                        |
| 7 - prise en charge médicale de l'utilisateur porteur d'une chlamydie, d'une gonococcie, d'une syphilis ou de toute autre IST ne nécessitant pas une prise en charge spécialisée  |                |                        |
| 8 - orientation (voire accompagnement si nécessaire) de l'utilisateur porteur du VIH ou d'une hépatite virale après confirmation vers une consultation médicale adaptée   |                |                        |
| 9 - orientation de l'utilisateur porteur d'une IST compliquée dont le traitement nécessite une prise en charge spécialisée vers une structure de santé ou un professionnel ayant compétence pour la réaliser  |                |                        |
| 10 - prise en charge psychologique et sociale de première intention de l'utilisateur  |                |                        |
| 11 - vaccination contre les virus de l'hépatite B, de l'hépatite A (hors indications pour les voyageurs) et du papillomavirus selon les recommandations du calendrier vaccinal, et le cas échéant les vaccinations recommandées par les autorités sanitaires pour des publics cibles  |                |                        |
| 12 - réalisation éventuelle d'activités hors les murs en direction de publics cibles pour l'information, la prévention et le dépistage  |                |                        |
| 13 - conseil et expertise auprès des professionnels locaux  |                |                        |
| 14 - information et éducation à la sexualité  |                |                        |
| 15 - information sur la grossesse et orientation pour sa prise en charge  |                |                        |
| 16 - prévention des grossesses non désirées notamment par la prescription de contraception y compris la contraception d'urgence et la délivrance de celle-ci dans certaines situations d'urgence sanitaire ou sociale ; l'orientation des demandes d'interruption volontaire de grossesse vers une structure de santé ou un professionnel compétent |                |                        |
| 17 - prévention et détection des violences sexuelles ou des violences liées à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre, des troubles et dysfonctions sexuels, par la proposition d'une orientation vers une prise en charge adéquate   |                |                        |
| 18 - En vue de répondre à des besoins territoriaux ou populationnels dans les domaines visés ci-dessus, organisation avec l'accord de l'ARS d'une prise en charge spécifique orientée vers la réponse à ces besoins : préciser  |                |                        |

**1/ Informations relatives au personnel :**

La structure candidate indique le nom, le nombre et la qualité des professionnels mentionnés au IV de l'annexe I de l'arrêté du 1<sup>er</sup> juillet 2015 intervenant en son sein et listés dans le tableau ci-après. Elle en précise le temps de présence, la formation, l'expérience et la fonction (joindre au dossier d'habilitation les *curriculum vitae*, copies de diplômes, attestations..., justifiant de la formation et de l'expérience des professionnels). Lorsqu'il s'agit des mêmes professionnels que pour le site principal, ne préciser que le temps de présence.

**Composition**

- Pour l'équipe minimale : (*remplir le tableau ci-dessous*).

| Type de professionnels                                       | Nom et qualité | formation, expérience | Temps de présence hebdomadaire en heures |
|--|----------------|-----------------------|--|
| <i>Médecin généraliste</i>                                   |                |                       |  |
|  |                |                       |  |
|  |                |                       |  |
| <i>Médecin spécialiste</i>                                   |                |                       |  |
|  |                |                       |  |
|  |                |                       |  |
| Infirmier diplômé d'Etat                                     |                |                       |  |
|  |                |                       |  |
|  |                |                       |  |
| Secrétaire   |                |                       |  |
| Assistant social   |                |                       |  |
| Psychologue ayant compétence dans le domaine de la sexualité |                |                       |  |

- La structure doit justifier les recours aux professionnels intervenant à titre facultatif.  
(Choix du ou des professionnels concernés dans le tableau ci-dessous, le cas échéant).

| Type de professionnels   | Nom et qualité | Préciser : formation, expérience | Temps de présence hebdomadaire en heures | Modalités de consultations* |
|--|----------------|----------------------------------|--|-----------------------------|
| Dermato-vénéréologue   |                |                                  |  |                             |
| Gynécologue  |                |                                  |  |                             |
| Sexologue  |                |                                  |  |                             |
| Proctologue  |                |                                  |  |                             |
| Urologue   |                |                                  |  |                             |
| Hépatogastroentérologue  |                |                                  |  |                             |
| Infectiologue  |                |                                  |  |                             |
| Sage-femme   |                |                                  |  |                             |
| Autres acteurs non professionnels de santé (médiateur de santé...) |                |                                  |  |                             |

\* Consultations dans le centre : noter « Centre » ; dans le cadre d'un partenariat externe : noter « Partenariat »

Pour la présence d'un spécialiste au-delà de l'équipe minimale exigée pour le fonctionnement du CeGIDD, vous devez justifier cette présence par les besoins populationnels et territoriaux.

[Préciser les besoins pour chaque spécialiste souhaité (public pris en charge, évolution de prise en charge...)]

### **Formation**

Des attestations de suivi de formation du personnel sont fournies. Il est admis que les centres qui ne peuvent pas exercer d'emblée l'ensemble des missions puissent fournir ces attestations dans le délai des deux ans de mise en conformité accordé par l'ARS.

**2/ Informations relatives aux lieux et équipements :**

La structure candidate décrit l'antenne :

- a) Les locaux fixes ou mobiles (c'est-à-dire le local principal, les actions hors les murs) et les lieux d'intervention :  
(Joindre le plan des locaux),

- Pour les locaux fixes : Précisez

|   | Nombre de pièces | Précisez |
|---|------------------|----------|
| Bureau d'accueil permettant de respecter la confidentialité   |                  |          |
| Salle d'attente   |                  |          |
| Salle pour la consultation médicale équipée pour réaliser des examens gynécologiques et des prélèvements uro-génitaux, anaux... avec une table gynécologique adaptée pour les personnes handicapées |                  |          |
| Pièce pour la réalisation des prélèvements sanguins et la prise en charge par le personnel infirmier  |                  |          |
| Nombre de bureaux adapté au nombre des professionnels et à leurs plages de consultation : indiquer le nombre de bureaux   |                  |          |
| Zone d'archivage des dossiers fermant à clef  |                  |          |
| Zone de stockage des médicaments où n'ont pas libre accès les personnes étrangères au CeGIDD  |                  |          |

La structure précise l'accessibilité de ces locaux (desserte transports en commun, accès direct ou non, visibilité pour le public, accès pour les personnes handicapées).

- Pour les activités hors les murs : *Précisez*

| Liste et adresses des structures cibles pouvant bénéficier d'une action hors les murs (CHRS, centre pénitentiaires...) | Type d'intervention (information, sensibilisation, dépistage...) | Moyens (humains...) mis en œuvre | Périodicité d'action |
|--|--|----------------------------------|----------------------|
|  |  |                                  |                      |
|  |  |                                  |                      |
|  |  |                                  |                      |
|  |  |                                  |                      |
|  |  |                                  |                      |
|  |  |                                  |                      |

b) L'équipement et le matériel :

*(Exemple : matériel adaptés aux vaccinations et à la prise en charge des éventuelles réactions indésirables graves (maintien de la chaîne du froid, trousse d'urgence...); matériel informatique permettant le suivi des consultations et l'extraction des données de suivi d'activité et épidémiologiques).*

- c) Les conditions de conservation des données, anonymes ou non, relatives aux usagers permettant de garantir la confidentialité des informations conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés :

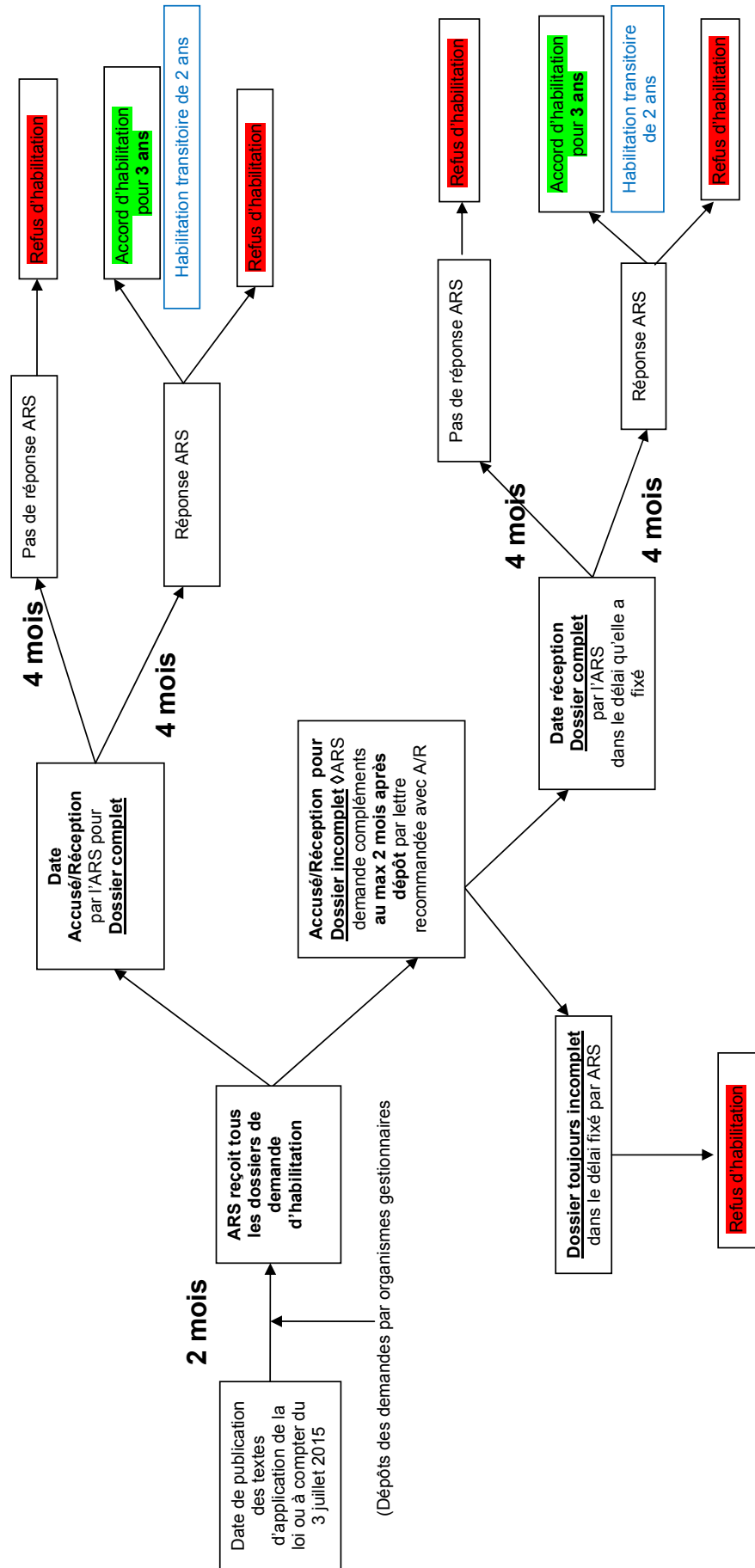
- d) Les conditions de respect de l'hygiène et d'élimination des déchets d'activités de soins à risque infectieux (joindre les protocoles et conventions éventuelles) :

- e) Les modalités de stockage et de dispensation des médicaments et des vaccins :



ANNEXE 3

CALENDRIER DE DÉPÔT DES DOSSIERS DE DEMANDE D'HABILITATION ET DE TRAITEMENT DE CES DOSSIERS PAR LES ARS, PENDANT LA PÉRIODE TRANSITOIRE EN 2015



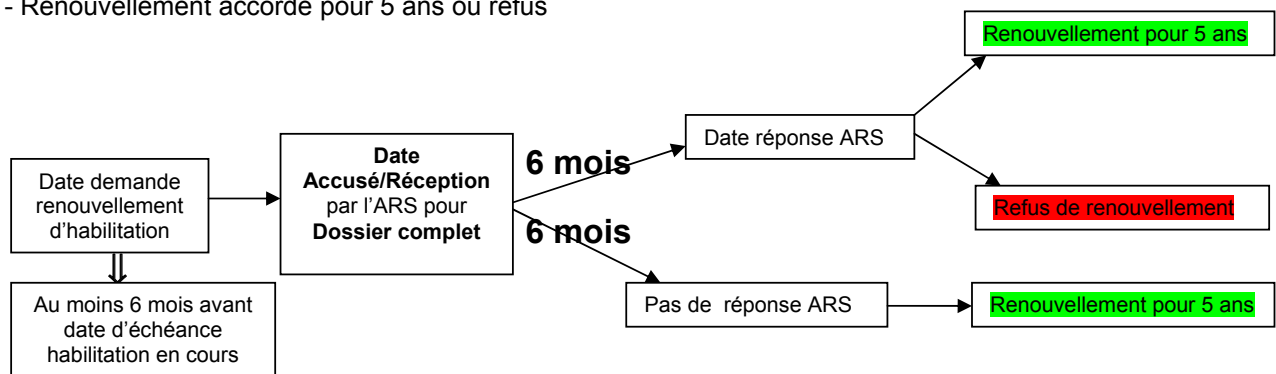
ANNEXE 4

PROCÉDURE D'HABILITATION ET DE RENOUELEMENT D'HABILITATION  
AU-DELÀ DE LA PÉRIODE TRANSITOIRE

**1<sup>er</sup> cas : structure habilitée pendant la période transitoire**

**Au bout de 3 ans, demande de renouvellement :**

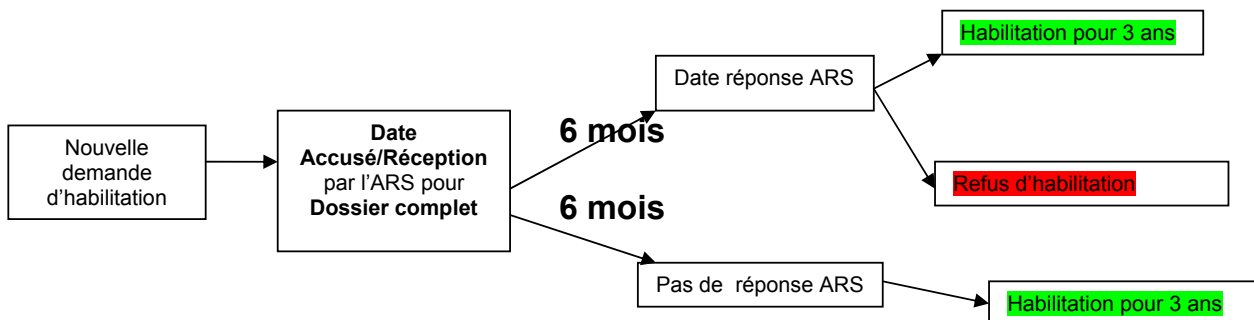
- Demande faite à l'ARS au moins 6 mois avant l'échéance
- L'ARS dispose de 6 mois pour répondre
- Absence de réponse de l'ARS au bout de 6 mois, vaut accord
- Renouvellement accordé pour 5 ans ou refus



**2<sup>ème</sup> cas : structure non habilitée pendant la période transitoire**

**Nouvelle demande d\'habilitation au-delà de la période transitoire :**

- Demande faite à l'ARS
- L'ARS dispose de 6 mois pour répondre
- Absence de réponse de l'ARS au bout de 6 mois, vaut accord
- Habilitation accordée pour 3 ans ou refus





ANNEXE 5

MISSIONS DES CEGIDD

| MISSIONS   | Détails des missions des CeGIDD   |
|--|---|
| <p><b>Missions dans le domaine de la lutte contre le VIH, les hépatites virales et les IST</b></p>   | <p>1- accueil et information de l'utilisateur</p> <p>2- entretien personnalisé et évaluation de ses facteurs d'exposition</p> <p>3- élaboration avec l'utilisateur de son parcours de santé</p> <p>4- dépistage et/ou examens clinique et biologique de diagnostic réalisés chez l'utilisateur et, le cas échéant, chez ses partenaires, sous réserve de leur accord</p> <p>5- conseil personnalisé dans un but de prévention primaire et secondaire et distribution de matériels de prévention (préservatifs, gels, digues dentaires...)</p> <p>6- prise en charge et suivi d'un accident d'exposition au VIH, au virus de l'hépatite B (VHB) et au virus de l'hépatite C (VHC), conformément à la réglementation en vigueur sur la dispensation des antirétroviraux ou des immunoglobulines pour l'hépatite B, ou orientation vers une structure autorisée</p> <p>7- prise en charge médicale de l'utilisateur porteur d'une chlamydie, d'une gonococcie, d'une syphilis ou de toute autre IST ne nécessitant pas une prise en charge spécialisée (voir liste indicative en annexe 5)</p> <p>8- orientation (voire accompagnement si nécessaire) de l'utilisateur porteur du VIH ou d'une hépatite virale après confirmation vers une consultation médicale adaptée</p> <p>9- orientation de l'utilisateur porteur d'une IST compliquée dont le traitement nécessite une prise en charge spécialisée vers une structure de santé ou un professionnel ayant compétence pour la réaliser</p> <p>10- prise en charge psychologique et sociale de première intention de l'utilisateur pour l'ensemble de ces infections et orientation en cas de besoin</p> <p>11- vaccination contre les virus de l'hépatite B, de l'hépatite A (hors indications pour les voyageurs) et du papillomavirus selon les recommandations du calendrier vaccinal, et le cas échéant les vaccinations recommandées par les autorités sanitaires pour des publics cibles</p> <p>12- réalisation d'activités hors les murs en direction de publics cibles pour l'information, la prévention et le dépistage</p> <p>13- conseil et expertise auprès des professionnels locaux</p> |
| <p><b>Missions dans le domaine de la prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle</b></p> | <p>14- information et éducation à la sexualité</p> <p>15- information sur la grossesse et orientation pour sa prise en charge</p> <p>16- prévention des grossesses non désirées notamment par : la prescription de contraception y compris la contraception d'urgence et la délivrance de celle-ci dans certaines situations d'urgence sanitaire ou sociale ; l'orientation des demandes d'interruption volontaire de grossesse vers une structure de santé ou un professionnel compétent</p> <p>17- prévention et détection des violences sexuelles ou des violences liées à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre, des troubles et dysfonctions sexuels, par la proposition d'une orientation vers une prise en charge adéquate</p>   |
| <p><b>Prise en charge spécifique et facultative</b></p>  | <p>18- En vue de répondre à des besoins territoriaux ou populationnels dans les domaines visés ci-dessus, un centre peut organiser, à titre facultatif et avec l'accord de l'ARS, une prise en charge spécifique orientée vers la réponse à ces besoins</p>   |

ANNEXE 6

LISTE INDICATIVE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES  
PRISES EN CHARGE PAR LE CEGIDD

- VIH, hépatites B et C (prévention, dépistage, vaccination contre le VHB et le VHA le cas échéant)
- Chlamydie (dépistage, diagnostic, traitement)
- Lymphogranulomatose vénérienne (dépistage, diagnostic, traitement)
- Gonococcie (dépistage, diagnostic, traitement)
- Syphilis primaire, secondaire et latente (dépistage, diagnostic, traitement)
- Chancre mou (dépistage, diagnostic, traitement)
- Condylomes : (information, diagnostic, traitement, orientation)
- HPV : (frottis de dépistage, vaccination)
- Herpes (diagnostic, traitement)
- Infection génitale à *Mycoplasma genitalium* (dépistage, diagnostic, traitement)
- Infection génitale *Trichomonas vaginalis* (dépistage, diagnostic, traitement)
- Vaginose et balanite (dépistage, diagnostic, traitement)
- *Molluscum contagiosum* génital (diagnostic, traitement local)
- Gale (dépistage, diagnostic, traitement)
- Phtiriose pubienne (diagnostic, traitement)

## ANNEXE 7

### PUBLIC PRIS EN CHARGE PAR LE CEGIDD (repris à partir de l'annexe I de l'arrêté du 1<sup>er</sup> juillet 2015)

Le CeGIDD assume une mission de service public auprès de la population générale et des publics dits à risque.

À ce titre, il a vocation à accueillir et prendre en charge tout usager, sans discrimination en raison de l'âge, du sexe, de l'état de santé, de la nationalité, de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre. Si le centre, en raison de son implantation, peut être d'un accès privilégié à certaines populations, il se doit d'accueillir et de proposer ses services à l'ensemble de la population en général.

Pour autant, le CeGIDD doit adapter ses actions et les diriger, notamment à travers les actions hors les murs, vers les publics les plus exposés, au plan épidémiologique, au risque de transmission du VIH, des IST, des hépatites virales B et C ou les plus éloignés du système de soins, à savoir :

- les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH);
- les personnes originaires d'une zone de forte prévalence;
- les populations des départements français d'Amérique;
- les personnes consommant ou ayant consommé des substances psycho-actives;
- les personnes détenues;
- les personnes en situation de prostitution;
- les personnes transsexuelles;
- les personnes vivant avec le VIH ou avec une hépatite virale;
- les personnes hétérosexuelles ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois;
- les personnes dont les partenaires sexuels sont infectés par le VIH;
- les jeunes;
- les femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes;
- les personnes ayant au moins un autre facteur de risque (antécédent de transfusion, situation de précarité, pratiques sexuelles non protégées en présence de sang, ...).

#### **Concernant les mineurs accueillis en CeGIDD**

Il est rappelé que des actes de prévention, de dépistage et de soins relatifs aux VIH, aux hépatites virales, aux IST peuvent être pratiqués à la condition que les titulaires de l'autorité parentale en soient informés et y aient consenti au préalable en vertu des articles 371-1 et 371-2 du code civil; seul un médecin est autorisé à pouvoir déroger au recueil du consentement des titulaires de l'autorité parentale, dans le cas où la personne mineure s'oppose expressément à cette consultation afin de garder le secret sur son état de santé selon l'article L.1111-5 du code de la santé publique. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Ces dispositions actuelles pourraient évoluer avec la promulgation du projet de loi de modernisation du système de santé (PLMSS) qui est en cours de travaux à la date de publication de la présente instruction.

ANNEXE 8

RECOMMANDATIONS ACTUELLES DE DÉPISTAGE DU VIH ET DES VIRUS DES HÉPATITES B ET C

(TABLEAU INPES SUR LE DÉPISTAGE DU VIH ET DES IST, ACTUALISÉ)

|                                       | VIH  | VHB (hépatite B)  | VHC (hépatite C)   |
|---------------------------------------|--|---|--|
| <b>Principaux pathogènes</b>          |  |   |  |
| <b>Qui dépister ?</b>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.</li> <li>• Personnes hétérosexuelles ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois.</li> <li>• Populations des départements français d'Amérique.</li> <li>• Usagers de substances psycho-actives.</li> <li>• Personnes originaires d'une zone de forte prévalence (notamment d'Afrique sub-saharienne et des Caraïbes).</li> <li>• Personnes en situation de prostitution.</li> <li>• Personnes dont les partenaires sexuels sont infectés par le VIH.</li> <li>• Personnes détenues.</li> <li>• Lors du diagnostic d'autres IST, hépatites B et C.</li> <li>• En cas de demande d'IVG, première prescription de contraception et/ou arrêt du préservatif.</li> <li>• En cas de viol.</li> <li>• En cas de signes évocateurs d'une infection par le VIH.</li> <li>• Pour toute personne qui en fait la demande.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes nées ou ayant résidé dans les régions de forte (Afrique subsaharienne, Asie) et moyenne endémicité (Départements d'Outre Mer, Europe de l'Est et du Sud, Afrique du Nord, Moyen-Orient, Sous-continent indien et Amérique du Sud).</li> <li>• Entourage proche et partenaires sexuels d'un porteur du VHB.</li> <li>• Usagers de substances psycho-actives.</li> <li>• Patients susceptibles de recevoir des transfusions massives ou itératives.</li> <li>• Voyageurs et personnes amenés à résider dans un pays de forte ou moyenne endémicité.</li> <li>• Adultes et enfants accueillis dans les institutions psychiatriques.</li> <li>• Personnes séropositives pour le VIH, le VHC ou ayant une infection sexuellement transmissible (IST) en cours ou récente.</li> <li>• Personnes ayant un tatouage ou un piercing.</li> <li>• Personnes détenues.</li> <li>• Personnes ayant des relations sexuelles avec des partenaires différents.</li> <li>• Personnes ayant un risque d'exposition professionnelle.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes ayant reçu des produits sanguins stables avant 1988 ou des produits sanguins labiles avant 1992 ou une greffe de tissu, de cellules ou d'organe avant 1992.</li> <li>• Usagers de substances psycho-actives.</li> <li>• Personnes ayant eu une exposition à des actes de soins invasifs avant 1997.</li> <li>• Personnes hémodialysées.</li> <li>• Enfants nés de mère séropositive pour le VHC.</li> <li>• Personnes découvertes séropositives pour le VIH.</li> <li>• Partenaires sexuels et membres de l'entourage familial de sujets atteints d'hépatite C.</li> <li>• Personnes détenues.</li> <li>• Personnes originaires de ou ayant reçu des soins dans des pays de forte prévalence du VHC (Asie du Sud-Est, Moyen-Orient, Afrique, Amérique du Sud).</li> <li>• Personnes ayant eu des tatouages, piercing, mésothérapie ou acupuncture, sans utilisation de matériel à usage unique ou personnel.</li> <li>• Personnes chez lesquelles sont trouvées des valeurs élevées d'ALAT sans cause connue.</li> <li>• Personnes ayant des pratiques sexuelles traumatiques.</li> </ul> |
| <b>Examens à demander</b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Test Elisa 4<sup>ème</sup> génération. Test négatif indique absence de contamination, si prise de risque de 6 semaines ou plus.</li> <li>- Test Western Blot de confirmation, en cas de test Elisa positif. Test négatif indique absence de contamination, si prise de risque de 6 semaines ou plus.</li> <li>- TROD VIH: test négatif indique absence de contamination, si prise de risque de 3 mois ou plus. Résultat positif doit être confirmé par Elisa.</li> <li>- Autotest VIH ; test négatif indique absence de contamination, si prise de risque de 3 mois ou plus. Résultat positif doit être confirmé par Elisa.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ag HBs ; Ac anti-HBs ; Ac anti-HBc totaux.</li> <li>- Le rapport Dhumeaux 2014 recommande les 3 marqueurs d'emblée.</li> <li>- TROD VHB, selon la réglementation en vigueur.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ac anti-VHC</li> <li>- TROD VHC, selon la réglementation en vigueur.</li> </ul>   |
| <b>Recommandations Réglementation</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (Pr.Morlat 2013)</li> <li>- Recommandations HAS 2009</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport sur la prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C (Pr Dhumeaux 2014)</li> <li>- HAS : stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C, janvier 2012</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport sur la prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C (Pr Dhumeaux 2014)</li> <li>- HAS : stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C, janvier 2012.</li> </ul>   |

ANNEXE 9

RECOMMANDATIONS ACTUELLES DE DÉPISTAGE DES AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

(TABLEAU INPES SUR LE DÉPISTAGE DU VIH ET DES IST, ACTUALISÉ)

| Principaux pathogènes                 | <i>Chlamydia trachomatis</i>   | <i>Treponema pallidum</i> (syphilis)   | Gonocoque   | HPV (papillomavirus humain)   |
|---------------------------------------|--|--|---|---|
| <b>Qui dépister ?</b>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Femmes de moins de 25 ans et hommes de moins de 30 ans.</li> <li>- Femmes de plus de 25 ans et hommes de plus de 30 ans multipartenaires ou ayant un nouveau partenaire.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.</li> <li>- Femmes pendant la grossesse.</li> <li>- Personnes détenues.</li> <li>- Personnes en situation de prostitution.</li> <li>- Personnes ayant des rapports non protégés avec des personnes en situation de prostitution.</li> <li>- Migrants en provenance d'un pays d'endémie.</li> <li>- Personnes multipartenaires.</li> <li>- Personnes avec IST récente.</li> <li>- Après un viol.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.</li> <li>- Personnes multipartenaires.</li> <li>- Personnes ayant un partenaire sexuel avec une IST.</li> <li>- Personnes avec IST récente.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Femmes de 25 à 65 ans.</li> </ul>  |
| <b>Examens à demander</b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) sur prélèvement local: 1er jet d'urines (hommes), auto-prélèvement vulvo-vaginal ou sur col (femmes).</li> </ul>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Test tréponémique (TPHA, TPPA, TPLA, Elisa) + test non tréponémique (VDRL, RPR).</li> <li>- TROD syphilis, selon la réglementation en vigueur.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- En cas de symptômes : la culture à partir d'un prélèvement local est l'examen de référence pour l'identification du germe, le TAAN sur prélèvement local est également réalisable.</li> <li>- En l'absence de symptôme : TAAN* sur prélèvement local. Un prélèvement pour culture est à réaliser si le TAAN est positif.</li> <li>- Test combiné gonocoque-chlamydia : 1er jet d'urines chez l'homme, auto-prélèvement vaginal ou au col, prélèvement pharyngé ou anal selon les pratiques sexuelles.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frottis cervico-utérin de dépistage du cancer du col à renouveler tous les trois ans après deux frottis initiaux normaux à un an d'intervalle.</li> </ul>  |
| <b>Recommandations Réglementation</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recommandations ANAES 2003.</li> <li>- Avis sur les actes HAS 2010.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- HAS : dépistage de la syphilis, mai 2007.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- HAS : dépistage du gonocoque, décembre 2010.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Calendrier vaccinal 2015 : vaccination HPV des jeunes filles de 11 à 14 ans ; en rattrapage pour les femmes de 15 à 19 ans sans relations sexuelles ou, au plus tard, dans l'année suivant le début de leur vie sexuelle.</li> </ul> |

ANNEXE 10

MODÈLE D'AIDE À L'ESTIMATION DES COÛTS ANNUELS DE FONCTIONNEMENT D'UN CEGIDD

**1. Dispositions financières applicables au CeGIDD**

En application de l'article D.174-15 du code de la sécurité sociale (CSS), les dépenses afférentes aux activités des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles mentionnés à l'article L. 3121-2 du CSP sont prises en charge par le fonds d'intervention régional (FIR) mentionné à l'article L. 1435-8 du CSP. Ces dépenses comprennent :

- les consultations médicales, paramédicales, de psychologues et d'assistants sociaux;
- les investigations biologiques;
- les médicaments nécessaires au traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles, les médicaments contraceptifs indiqués dans la contraception d'urgence ainsi que les produits nécessaires aux vaccinations et aux éventuelles réactions indésirables graves;
- les dépenses relatives aux activités administratives, d'interprétariat et le cas échéant de médiation;
- les dépenses relatives aux interventions de prévention ou de dépistage hors les murs;
- les dépenses relatives aux activités d'expertise, de formation et le cas échéant aux activités de coordination qui lui sont confiées.

Les dépenses sont prises en charge sous la forme d'une dotation forfaitaire annuelle financée par le fond d'intervention régional et versée selon les modalités de mise en œuvre du fond.

Suivant l'article D. 174-18 du CSS, la dotation forfaitaire annuelle est fixée dans le respect des montants de crédits du FIR définis à l'article R. 1435-25 du CSP en tenant compte notamment :

- du périmètre des dépenses d'activité définies à l'article D. 174-15 du CSS;
- de l'activité constatée pour les trois dernières années; lorsque le centre est en activité depuis moins de trois ans, ou en cas de circonstances particulières, l'activité prise en compte est celle prévue pour l'exercice;
- du coût moyen des dépenses d'activité attendu du centre au regard de son activité prévisionnelle.

**2. Référentiel des coûts des dépenses d'activités des CeGIDD**

Afin de vous permettre d'apprécier la fiabilité et viabilité des budgets prévisionnels des CeGIDD et de fixer leur dotation forfaitaire annuelle, la présente instruction établit un référentiel des coûts applicables aux dépenses d'activités prises en charge en CeGIDD. Ce référentiel reprend les différentes catégories de dépenses mentionnées à l'article D.174-15 du CSS. Ce référentiel pourra faire l'objet de révisions pour suivre l'évolution de ces coûts.

a) Dépenses relatives aux consultations médicales, paramédicales, de psychologues et d'assistants sociaux

Elles s'apprécient en prenant en compte :

- le nombre de professionnels en équivalent temps plein (ETP) nécessaire pour le fonctionnement du centre et du nombre de demi-journées d'ouverture qu'il accomplit sur le site principal et ses antennes (sachant que le minimum exigé est de 4 demi-journée par semaine sur le site principal du CeGIDD);
- le coût moyen de la rémunération annuelle chargée de ces professionnels.

*Appréciation du nombre d'ETP pour le fonctionnement minimal de la structure*

Ainsi, un CeGIDD ouvert 4 demi-journées par semaine est supposé pouvoir réaliser théoriquement :

| DEMI-JOURNÉE (DJ) | ACTIVITÉS                           |
|-------------------|-------------------------------------|
| 4                 | DJ de consultations de dépistage    |
| 1                 | DJ de consultations de spécialistes |
| 1                 | DJ consultations de psychologue     |
| 1                 | DJ de permanence d'assistant social |
| 1                 | DJ d'activités hors les murs        |
| 1                 | DJ de coordination                  |
| 4                 | DJ d'accueil                        |

Pour la réalisation de ces activités sur une demi-journée, le nombre de professionnels nécessaires en ETP peut être évalué ainsi à :

| PERSONNEL NÉCESSAIRE POUR UNE DEMI-JOURNÉE SELON L'ACTIVITÉ |                  | EN ETP |
|---|------------------|--------|
| Consultation de dépistage                                   | Médecin          | 0,1    |
|   | IDE              | 0,12   |
| Consultation de spécialiste                                 | Médecin          | 0,1    |
|   | IDE              | 0,1    |
| Consultation de psychologue                                 | Psychologue      | 0,1    |
| Permanence d'assistance sociale                             | Assistant social | 0,1    |
| Activité hors les murs/prévention                           | Médecin          | 0,1    |
|   | IDE              | 0,1    |
| Coordination  | Médecin          | 0,1    |
|   | IDE              | 0,1    |
|   | Secrétaire       | 0,1    |
| Accueil   | Secrétaire       | 0,1    |

Pour 4 demi-journées hebdomadaires, ce même nombre peut être évalué, après application d'un coefficient de 1,11 de majoration des ETP pour prendre en compte les périodes de congés (= 52/47), à :

| PERSONNEL   | EN ETPT |
|-------------|---------|
| Médecin     | 0,78    |
| IDE         | 0,87    |
| Secrétaire  | 0,54    |
| AS          | 0,11    |
| Psychologue | 0,11    |

Pour une antenne fonctionnant une demi-journée par semaine, le raisonnement suivi doit être le même, sachant qu'à ce niveau d'activité, elle est censée pouvoir assurer :

| DEMI-JOURNÉE (DJ) | ACTIVITÉS   |
|-------------------|---|
| 1                 | DJ de consultations de dépistage                                      |
| 0,05              | DJ de consultations de spécialistes (soit 1 DJ tous les 15 jours)     |
| 0,05              | DJ consultations de psychologue (soit 1 DJ tous les 15 jours)         |
| 0,05              | DJ de permanence d'assistant(e) sociale (soit 1 DJ tous les 15 jours) |
| 0                 | DJ d'activités hors les murs  |
| 1                 | DJ accueil  |

| PERSONNEL NÉCESSAIRE POUR UNE DEMI-JOURNÉE SELON L'ACTIVITÉ |                  | EN ETP |
|---|------------------|--------|
| Consultations de dépistage                                  | Médecin          | 0,1    |
|   | IDE              | 0,12   |
| Consultations de spécialiste                                | Médecin          | 0,1    |
|   | IDE              | 0,1    |
| Consultations de psychologue                                | Psychologue      | 0,1    |
| Permanence d'assistant social (AS)                          | Assistant social | 0,1    |
| HLM/prévention  | Médecin          | 0      |
|   | IDE              | 0      |
| Accueil   | Secrétaire       | 0,1    |

Le nombre de professionnels en ETPT pour l'antenne fonctionnant 1 DJ est évalué, après prise en compte du coefficient de 1,11 pour les périodes de congés à :

| PERSONNEL  | EN ETPT |
|------------|---------|
| Médecin    | 0,12    |
| IDE        | 0,14    |
| Secrétaire | 0,11    |



|             |      |
|-------------|------|
| AS          | 0,01 |
| Psychologue | 0,01 |

*Le coût moyen de la rémunération annuelle chargée de ces professionnels*

Il est pris en référence le montant moyen de la rémunération par corps chargée (en euros) soit pour 2013 (sauf pour médecin) :

|                  |        |
|------------------|--------|
| IDE              | 50544  |
| Médecin*         | 100000 |
| Psychologue      | 63758  |
| Assistant social | 46222  |
| Secrétaire       | 37838  |

*b) Dépenses relatives aux investigations biologiques*

Ces dépenses s'évaluent en tenant compte des dépenses des analyses de biologie les plus fréquentes (VIH/VHB/VHC/syphilis /chlamydia/gonococcies) en fonction du volume d'activité et du tarif unitaire de ces analyses inscrites à la Nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) de septembre 2014.

*Appréciation du volume d'analyses générées par l'activité du centre*

Le nombre d'analyses peut être déduit théoriquement du nombre de consultations de dépistages réalisées par le centre.

En considérant qu'une demi-journée dure en moyenne 3,5 heures et que 4 consultations de dépistages sont effectuées par heure, un CeGIDD ouvert 4 demi-journées, pendant 52 semaines, est susceptible de réaliser :

**2 912 consultations par an**  
**Soit 1 456 patients vus par an**

À partir de ce nombre de patients vus (file active), il peut en être déduit une quantification du nombre des analyses de biologies les plus fréquentes réalisées par ce CeGIDD. A cet effet, il peut être pris pour hypothèse réaliste :

- la réalisation d'une sérologie VIH pour chaque patient de la file active (soit 1 456);
- la réalisation d'une sérologie VHC à 40 % de la file active;
- la réalisation d'une sérologie VHB à 40 % des patients de la file active;
- la réalisation d'une sérologie syphilitique à tous les hommes HSH et Bisexuels (soit 20% des hommes fréquentant le CeGIDD);
- la réalisation d'un test Chamydia/Gonocoque (PCR) pour toutes les jeunes femmes de - 25 ans et les jeunes hommes de - 30 ans (soit 51 % de la file active);
- la réalisation d'un test Gonocoque/Chamydia (PCR + culture) à tous les hommes HSH et Bisexuels (soit 20 % des hommes fréquentant le CeGIDD).

*Le coût unitaire en euros des analyses (NABM sept 2014)*

|                                  |       |
|----------------------------------|-------|
| VIH                              | 14,04 |
| VHC                              | 14,85 |
| Syphilis                         | 5,40  |
| Chlamydia/Gonocoque (PCR)        | 22,95 |
| VHB (3 marqueurs)                | 43,74 |
| Gonocoque/Chamydia (PCR+culture) | 32,40 |

c) Les dépenses relatives aux médicaments nécessaires au traitement ambulatoire des IST, les médicaments contraceptifs indiqués dans la contraception d'urgence ainsi que les produits nécessaires aux vaccinations et aux éventuelles réactions indésirables graves



Une évaluation de ces dépenses peut être effectuée en se centrant principalement sur les principaux traitements IST et les vaccinations contre le VHB et le HPV, qui seront de pratiques plus courantes que la contraception d'urgence dont l'impact est estimé marginal. Là aussi, il convient de prendre en compte le volume attendu de ces actes et le coût unitaire.

*Le volume attendu des traitements IST*

Il est signalé à titre de référence que 8 % patients de la file active sont susceptibles de recevoir un traitement IST pour les IST les plus fréquentes (chlamydia/syphilis/gonococcies) (Cf Données RAP solen 2013).

*Le coût unitaire des traitements IST*

Pour les 3 IST précitées, il est à titre indicatif:

|                   | TRAITEMENT    | COÛT UNITAIRE |
|-------------------|---------------|---------------|
| Gonocoque         | Rocéphine     | 7,6           |
| <i>Chlamydiae</i> | Azithromycine | 8,42          |
| Syphilis          | Sigmacillina  | 10,62         |

Il est à relever que le coût du traitement post exposition (TPE) VIH n'est pas pris en charge pour le moment, la mission n'étant pas exercée par le CeGIDD.

*Le volume attendu des vaccinations contre le VHB et le HPV*

Il peut être postulé que:

- 40 % des patients de la file active sont potentiellement à vacciner contre le VHB par an mais que seuls 60 % de ceux-ci l'accepteront (soit 349 sur 1 456 patients pour un CeGIDD réalisant 4 DJ);
- 1 % des patients de la file active sont à vacciner contre le HPV par an (soit 15 patients pour ce même CeGIDD).

*Le coût unitaire des vaccinations*

Il s'agit du coût de 3 injections pour le VHB et le HPV (schéma recommandé pour le rattrapage):

| TRAITEMENT                             | COÛT UNITAIRE     |
|--|-------------------|
| vaccins VHB                            | 49,23 ou 51,87*   |
| vaccins HPV                            | 328,80 ou 364,08* |
| *Les prix diffèrent selon les vaccins. |                   |

*d) Les dépenses relatives aux activités administratives, d'interprétariat et le cas échéant de médiation*

Concernant les dépenses liées au recours à l'interprétariat professionnel sur site ou par téléphone, il y a lieu de les évaluer en se fondant sur une estimation du nombre de patients non francophones dans la file active (leur pourcentage peut varier d'une région à l'autre et pourra donc s'échelonner de 5 à 15 %, avec un taux moyen national de 8 %). Le coût unitaire du recours à l'interprétariat par téléphone est établi à 30 € l'unité de 15 mn.

La prise en charge des dépenses administratives se trouvent traduites d'une part dans la prise en charge des temps professionnels (ETP) de secrétariat, de coordination mentionnées dans les dépenses de personnel (a), et d'autre part, dans la prise en charge des frais de structure (cf. ci-dessous).

*e) Les dépenses relatives aux interventions de prévention ou de dépistage hors les murs*

La prise en charge de ces dépenses se trouvent traduites d'une part dans la prise en charge des temps professionnels nécessaires (ETP) à la réalisation de ces activités telles que mentionnées dans les dépenses de personnel (a), et d'autre part par la prise en charge des TROD.

Il est rappelé ainsi qu'une demi-journée d'activité hors les murs pour une activité TROD requiert en ETP:

|         |     |
|---------|-----|
| Médecin | 0,1 |
| IDE     | 0,1 |

Concernant le coût du dépistage par TROD, il peut être estimé à raison d'une action TROD, 2 fois par mois et d'un forfait de 10 € par TROD à :

|                           |       |
|---------------------------|-------|
| Nombre de TROD par action | 10    |
| Nombre de TROD par an     | 260   |
| Total du coût action HLM  | 2 600 |

*f)* Les dépenses relatives aux activités d'expertise de formation et le cas échéant aux activités de coordination du CeGIDD

Ces dépenses sont prises en charge dans le cadre des frais de structure qui sont fixés forfaitairement à 15 % des frais de personnel.

# SANTÉ

## SANTÉ PUBLIQUE

### Santé environnementale

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

*Direction générale de la santé*

Sous-direction prévention des risques liés  
à l'environnement et à l'alimentation

Bureau qualité des eaux

**Note d'information DGS/EA4 n° 2015-181 du 2 juin 2015 relative aux échéances de la saison balnéaire 2015, aux modalités de prévention et de gestion des risques sanitaires liés à la présence de cyanobactéries ou d'amibes, à l'information du public à proximité des sites de baignades et à la mise à disposition du manuel pour l'utilisation de l'application SISE-Eaux de baignade**

NOR : AFSP1513154N

*Date d'application* : immédiate.

Inscrit pour information à l'ordre du jour du CNP du 12 juin 2015. – N° 38.

*Catégorie* : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

*Résumé* : la présente note d'information a pour but de rappeler les échéances de la saison balnéaire 2015 s'agissant de la saisie des informations dans le système d'information SISE-Eaux de baignade définies dans la note d'information DGS/EA4 n° 2014-266 du 23 mai 2014 relative aux modalités de recensement, d'exercice du contrôle sanitaire et de classement des eaux de baignade pour chaque saison balnéaire à compter de l'année 2014. Elle modifie également certaines modalités de prévention et de gestion des risques sanitaires liés à la présence de cyanobactéries et d'amibes définies dans la note d'information précitée. La présente note d'information apporte également des précisions sur l'information du public à proximité des sites de baignade et sur le manuel pour l'utilisateur de l'application SISE-Eaux de baignade.

*Mots clés* : eaux de baignade – contrôle sanitaire – système d'information – SISE-Eaux de baignade – cyanobactéries – amibes – information du public.

*Références* :

Directive 2006/7/CE du Parlement européen et du Conseil du 15 février 2006 concernant la gestion de la qualité des eaux de baignade et abrogeant la directive 76/160/CEE ;

Décision d'exécution de la Commission du 27 mai 2011 établissant, en application de la directive 2006/7/CE du Parlement européen et du Conseil, un symbole pour l'information du public sur le classement des eaux de baignade ainsi que sur tout avis interdisant ou déconseillant la baignade ;

Articles L. 1332-1 à L. 1332-7 et D. 1332-14 à D. 1332-42 du code de la santé publique ;

Décret n° 2008-990 du 18 septembre 2008 relatif à la gestion de la qualité des eaux de baignade et des piscines ;

Décret n° 2011-1239 du 4 octobre 2011 relatif à la gestion de la qualité des eaux de baignade ;

Arrêté du 22 septembre 2008, modifié par l'arrêté du 4 octobre 2011, relatif à la fréquence d'échantillonnage et aux modalités d'évaluation de la qualité et de classement des eaux de baignade ;

Arrêté du 23 septembre 2008 relatif aux règles de traitement des échantillons et aux méthodes de référence pour les analyses d'eau dans le cadre de la surveillance de la qualité des eaux de baignade;

Arrêté du 4 octobre 2011 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2008 relatif à la fréquence d'échantillonnage et aux modalités d'évaluation de la qualité et de classement des eaux de baignade;

Note de service DGS/SDEA4 n° 2009-333 du 4 novembre 2009 relative aux modalités de transmission des données des bases nationales SISE-Eaux et SISE-Baignades pour le rapportage à la Commission européenne des zones protégées en application de la directive-cadre sur l'eau;

Note de service DGS/EA3/EA4 n° 2010-238 du 30 juin 2010 relative à la surveillance sanitaire et environnementale et aux modalités de gestion des risques sanitaires pour la saison balnéaire 2010, liés à la présence de la microalgue toxique *Ostreopsis* spp. dans les eaux de baignade en Méditerranée et à la contamination par ses toxiques des produits de la mer issus de la pêche de loisir;

Note d'information DGS/EA4 n° 2014-166 du 23 mai 2014 relative aux modalités de recensement, d'exercice du contrôle sanitaire et de classement des eaux de baignade pour chaque saison balnéaire à compter de l'année 2014.

*Texte modifié* : Note d'information DGS/EA4 n° 2014-166 du 23 mai 2014 relative aux modalités de recensement, d'exercice du contrôle sanitaire et de classement des eaux de baignade pour chaque saison balnéaire à compter de l'année 2014 (modification des fiches 8 et 9).

**Annexes :**

Annexe 1. – Rappel des échéances et précisions à retenir pour l'année 2015.

Annexe 2. – Information du public à proximité des sites de baignade.

Annexe 3. – Prévention et gestion des risques sanitaires particuliers.

Annexe 4. – Manuel pour l'utilisateur de SISE-Eaux de baignade.

*La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS) (pour mise en œuvre); Mesdames et Messieurs les préfets de région et de département (pour information).*

Les dispositions mentionnées dans la note d'information DGS/EA4 n° 2014-166 du 23 mai 2014 relative aux modalités de recensement, d'exercice du contrôle sanitaire et de classement des eaux de baignade pour chaque saison balnéaire à compter de l'année 2014 s'appliquent, sauf exception (*cf. supra*) à la saison balnéaire 2015. La présente note d'information a pour buts :

- de rappeler les échéances à retenir pour l'année 2015 (*cf. Annexe 1 de la présente note*);
- d'apporter des précisions s'agissant des modalités d'information du public (*cf. Annexe 2 de la présente note*);
- de préciser les modalités de prévention et de gestion des risques sanitaires liés à la présence de cyanobactéries et d'amibes (*cf. Annexe 3 de la présente note*);
- d'annoncer la mise à disposition d'un manuel utilisateur de SISE-Eaux de baignade (*cf. Annexe 4 de la présente note*).

Je vous remercie de me faire part des éventuelles difficultés rencontrées par vos services dans la mise en œuvre des dispositions de la présente note.

Pour la ministre et par délégation :  
*Le directeur général de la santé,*  
B. VALLET

## ANNEXE 1

### RAPPEL DES ÉCHÉANCES ET PRÉCISIONS À RETENIR POUR L'ANNÉE 2015

#### 1. Les échéances pour l'année 2015

Les échéances à retenir pour l'année 2015 pour les services en charge de la gestion de la qualité des eaux de baignade sont les suivantes :

- 15 juin 2015 : le recensement des sites de baignade pour la saison balnéaire 2015 doit être réalisé dans l'application SISE-Eaux de baignade (les sites recensés doivent être référencés UE et de suivi national).
- 15 novembre 2015, délai de rigueur : l'ensemble des données de la saison balnéaire 2015 doit être enregistré et validé dans l'application SISE-Eaux de baignade. Il s'agit non seulement de valider le classement des sites de baignade mais aussi de valider l'inventaire des sites de baignade, les informations sur la saison balnéaire, les situations anormales, les pollutions à court terme et les résultats d'analyses grâce au menu « Rapport Européen » de l'application SISE-Eaux de baignade. En outre, doivent être saisies, pour cette échéance, dans SISE-Eaux de baignade, les causes de non-conformité des eaux de baignade classées insuffisantes en fin d'année 2015 et les mesures de gestion mises en place (dans la fiche « Site », rubrique « Classement », onglet « Causes de non-conformité / Action »).

#### 2. Précisions à la suite de retours d'expérience d'agences régionales de santé

En ce qui concerne les profils de baignade, la période de leur actualisation approchant, il est rappelé que les seuils proposés par l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET)<sup>1</sup> sont des seuils de gestion des risques sanitaires et que le respect de ceux-ci ne garantit pas un classement annuel suffisant au regard de la directive 2006/7/CE. Aussi, il est fortement recommandé que les seuils visés dans les profils de baignade soient plus contraignants que les « seuils AFSSET ».

La possibilité de classer un nouveau site de baignade sur moins de 4 saisons, dès lors qu'il possède 16 prélèvements, n'est qu'une possibilité prévue par la directive européenne et non une obligation. Aussi, il peut apparaître utile d'attendre tout de même 4 saisons d'historique avant de classer un site de baignade s'il est estimé, par exemple, que les 16 prélèvements obtenus sur moins de 4 saisons ne sont pas représentatifs de la qualité du site de baignade (prélèvements réalisés sur une période exceptionnellement bonne ou mauvaise). Par défaut, l'application SISE-Eaux de baignade procède au classement du site de baignade dès que 16 prélèvements ont été réalisés. Dans le cas où il n'est pas souhaité de classer le site de baignade, il convient de prendre l'attache du bureau de la qualité des eaux de la Direction générale de la santé (DGS) afin que le classement définitif du site de baignade soit renseigné manuellement.

---

<sup>1</sup> « Qualité microbiologique des eaux de baignade – Valeurs seuils échantillon unique pour les eaux de baignade : étude de faisabilité méthodologique » ; septembre 2007 ; page 8 ; disponible à l'adresse Internet suivante : <https://www.anses.fr/sites/default/files/documents/Eaux2007et1537Ra.pdf>.

ANNEXE 2

INFORMATION DU PUBLIC À PROXIMITÉ DES SITES DE BAINNADE

La présente annexe complète la fiche n° 8 « Information du public » de la note d’information DGS/ EA4 n° 2014-166 du 23 mai 2014 susvisée pour ce qui concerne l’affichage sur les sites de baignade.

Afin d’apporter une aide aux personnes responsables des eaux de baignade (PREB) dans la mise en place de cet affichage réglementaire, la Direction générale de la santé (DGS) a mis en place, en 2012, un groupe de travail associant le ministère chargé du tourisme, des associations nationales de communes et des représentants d’Agences régionales de santé (ARS) afin de réfléchir aux nouvelles modalités de présentation et de proposer des panneaux d’affichage type. Deux prestataires (un fabricant de panneau d’affichage et un bureau d’études) ont pris part à cette démarche.

Outre la conformité réglementaire, la solution développée se veut d’un coût limité pour les PREB, durable, évolutive (possibilité de changement régulier des informations sur la qualité de l’eau) et compréhensible pour le public. De plus, elle tendra vers une harmonisation nationale des messages diffusés au public sur les panneaux d’affichage. Toutefois, l’utilisation de ce modèle spécifique de panneau ne peut être imposée réglementairement. Les détails de cette solution figurent sur le Réseau intranet d’échange en santé environnementale (RESE) (détail technique, prestations associées à la démarche) à l’adresse suivante :

<http://rese.intranet.sante.gouv.fr/santenv/interven/baignade/com/comnat/panoaffi.htm>

Au titre de leurs missions en matière de contrôle sanitaire des eaux de baignade, les ARS sont chargées de rappeler aux PREB leurs obligations en matière d’affichage.

Représentation du panneau élaboré par le groupe de travail national

**Logos (ville, office de tourisme...), nom de la commune et nom du site**

**Thématique des informations proposées**

**Classement de la qualité des eaux du site de baignade\* et référentiel**

**Informations sur la zone de baignade : Description générale, risques d'exposition\***

**Résultats des dernières analyses\* / qualité des eaux du moment\* / informations locales ou complémentaires\***

**Contacts et acteurs**

*\* Certaines informations affichées sont amenées à évoluer dans le temps. Il convient donc de pouvoir actualiser le support d’affichage en conséquence.*



## ANNEXE 3

### PRÉVENTION ET GESTION DES RISQUES SANITAIRES PARTICULIERS

#### 1. Risques sanitaires liés à la présence de cyanobactéries

La note d'information DGS/EA4 n° 2014-166 du 23 mai 2014 relative aux modalités de recensement, d'exercice du contrôle sanitaire et de classement des eaux de baignade pour chaque saison balnéaire à compter de l'année 2014 proposait de nouvelles recommandations en matière de prévention et de gestion des risques sanitaires liés à la présence de cyanobactéries élaborées en lien avec des Agences régionales de santé (ARS). En outre, cette note précisait que ces recommandations étaient susceptibles d'être modifiées pour la saison 2015. Un retour d'expérience a été réalisé par la direction générale de la santé, début 2015, auprès de plusieurs ARS confrontées à cette problématique. Il apparaît des difficultés de gestion importantes induites par la création de nouveaux seuils de gestion. Le constat a également été fait que les ARS disposaient désormais de nombreuses données relatives aux cyanobactéries et cyanotoxines dans les eaux. Ces données n'étaient pas disponibles lorsque l'Agence française de sécurité sanitaire de l'alimentation (AFSSA) et l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET) avaient réalisé leur évaluation des risques sanitaires en juillet 2006. Aussi, il apparaît opportun de pouvoir solliciter l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) afin d'actualiser l'expertise de 2006 à la lumière des nouvelles connaissances scientifiques et des nombreuses données d'exposition accumulées par les ARS depuis une dizaine d'années. Cette saisine de l'ANSES sera réalisée à l'issue de la saison balnéaire 2015.

En conséquence, au vu des éléments précités et dans l'attente d'une nouvelle expertise sanitaire, le contenu du point 9.3 de la fiche 9 de la note d'information DGS/EA4 n° 2014-166 précitée est remplacé par les paragraphes suivants :

« Concernant les mesures de gestion pour les eaux de baignade dont le profil a mis en évidence un risque de prolifération de cyanobactéries, vous vous appuyerez, pour décider des mesures d'interdiction, sur le seuil de comptage cellulaire (100 000 cellules/mL), et ce pour une fréquence de prélèvement au moins mensuelle. Lorsque vous procédez à des mesures de toxines en fonction du profil de baignade, vous pouvez graduer les mesures de gestion relatives aux baignades et aux activités nautiques sur la base des seuils figurant dans le rapport de l'AFSSA et de l'AFSSET :

- microcystine : 13 µg/L en équivalent microcystines-LR ;
- dans le cas où l'anatoxine A serait mesurée, un seuil de gestion de 40 µg/L peut provisoirement servir de référence.

Cette gestion du risque doit alors être établie par vos services, dans la mesure du possible en lien avec la collectivité concernée, sur la base des connaissances disponibles sur la configuration du site, sa vulnérabilité aux contaminations algales, la périodicité de ces pollutions, la nature des activités de loisirs et sa fréquentation. Les seuils de gestion proposés dans le rapport de l'AFSSA et de l'AFSSET<sup>2</sup> peuvent servir de base à l'élaboration des mesures de gestion. Le caractère toxigène des espèces de cyanobactéries rencontrées peut être utilisé par les ARS dans le cadre de la gestion du risque sanitaire.

En 2008, l'AFSSA<sup>3</sup> indiquait qu'en situation de contamination des eaux par des cyanobactéries, les poissons d'eau douce étaient contaminés, et plus particulièrement les viscères. La contamination de la chair du muscle des poissons a également été démontrée.

Compte tenu de ces éléments, la DGS recommande d'interdire la consommation des produits de la pêche (poissons) en situation de contamination des eaux par les cyanobactéries (situation où la baignade est interdite).

Des travaux sont actuellement en cours avec la direction générale de l'alimentation et l'ANSES en vue d'élaborer un outil d'aide à la décision (logigramme) dans le cas de contamination par les cyanobactéries dans des zones de pêche de loisir et de pêche professionnelle. »

---

<sup>2</sup> « Evaluation des risques liés à la présence de cyanobactéries et leurs toxines dans les eaux destinées à l'alimentation, à la baignade et autres activités récréatives » ; juillet 2006 ; page 180 ; disponible à l'adresse internet suivante :

<https://www.anses.fr/sites/default/files/documents/EAUX-Ra-Cyanobacteries.pdf>

<sup>3</sup> « Note de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments relative à la consommation de produits alimentaires en présence d'efflorescence de cyanobactéries » ; 5 juin 2008 ; disponible à l'adresse internet suivante : <http://www.afssa.fr/Documents/RCCP2007sa0219.pdf>

## 2. Risques sanitaires liés à la présence d'amibes

Le second paragraphe du point 9.4 de la fiche 9 de la note d'information DGS/EA4 n° 2014-166 précitée est complété par le paragraphe suivant :

« Par ailleurs, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), dans son rapport de novembre 2013<sup>4</sup>, n'a pas été en mesure de réaliser une quantification du risque sanitaire et de proposer des seuils permettant de graduer les mesures de gestion à mettre en œuvre compte tenu notamment du manque de connaissances concernant l'infectiosité de *N. fowleri*. Toutefois, le risque pour la santé publique apparaît faible par rapport à d'autres maladies infectieuses liées à la baignade mais le taux de létalité de l'infection de *N. fowleri* est important.

Dans le cadre de leurs missions de veille sanitaire, les ARS sont invitées à être vigilantes en cas de survenue d'un cas de méningoencéphalite amibienne primitive pouvant être lié à la fréquentation d'une baignade. Afin d'améliorer les connaissances et eu égard aux problématiques analytiques existantes, la DGS envisage de saisir l'ANSES pour la définition d'un protocole de surveillance de la qualité des eaux vis-à-vis du paramètre "amibe". »

---

<sup>4</sup> «Évaluation des risques liés à la présence d'amibes *Naegleria fowleri* dans les eaux de baignade ; novembre 2013, disponible à l'adresse internet suivante : [https://www.anses.fr/sites/default/files/documents/EAUX2011sa0190Ra\\_1.pdf](https://www.anses.fr/sites/default/files/documents/EAUX2011sa0190Ra_1.pdf)



## ANNEXE 4

### MANUEL POUR L'UTILISATEUR DE « SISE-EAUX DE BAINNADE »

Le manuel pour l'utilisateur de SISE-Eaux de baignade a pour objectifs d'aider les utilisateurs et les administrateurs de SISE-Eaux de baignade dans leur usage quotidien de l'application et de détailler l'ensemble des fonctionnalités et des procédures de l'application.

La version 1 du manuel pour les utilisateurs de SISE-Eaux de baignade version 4.2 est désormais disponible sur le Réseau intranet d'échange en santé environnementale (RESE) à l'adresse suivante : [http://rese.intranet.sante.gouv.fr/santenv/foncserv/sise/baignade/appli/i\\_docfor.htm](http://rese.intranet.sante.gouv.fr/santenv/foncserv/sise/baignade/appli/i_docfor.htm).

Ce manuel a été réalisé par un prestataire d'assistance à maîtrise d'ouvrage en association avec la DGS et des ARS.

# SANTÉ

## SANTÉ PUBLIQUE

### Urgences

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

#### **Circulaire interministérielle DGOS/R2/DGSCGC n° 2015-190 du 5 juin 2015 relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente**

NOR : AFSH1513650C

*Date d'application* : immédiate.

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

*Résumé* : pour faire suite au rapport IGAS-IGA d'évaluation de l'application du référentiel commun d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente, la direction générale de l'offre de soins du ministère chargé de la santé et la direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises du ministère de l'intérieur ont établi une feuille de route conjointe.

Les différentes thématiques de cette feuille de route feront l'objet progressivement de la parution des textes normatifs appropriés.

La présente circulaire interministérielle est relative à la mise en œuvre des premières thématiques des axes 1 et 2 de la feuille de route.

*Mots clés* : aide médicale urgente (AMU) – secours à personne (SAP) – secours d'urgence aux personnes (SUAP) – service d'aide médicale urgente (SAMU) – centre 15 – centre de réception et de régulation des appels (CRRRA) – régulation médicale – parcours de soins – service d'incendie et de secours (SIS) – centre de traitement de l'alerte (CTA) – interconnexion 15-18 – directeur des opérations de secours (DOS) – commandant des opérations de secours (COS) – structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) – sapeur-pompier – départ réflexe – sapeur-pompier volontaire – engagement citoyen – infirmier sapeur-pompier (ISP) – protocole infirmier de soins d'urgence (PISU) – télémédecine – médecin sapeur-pompier (MSP) – médecin correspondant du SAMU (MCS) – transport sanitaire – hélicoptère – héliSMUR – hélicoptères d'État – service de santé et de secours médical (SSSM).

#### *Références* :

Code général des collectivités territoriales, notamment les articles L. 1424-2, L. 1424-4, L. 1424-42, R. 1424-24, R. 1424-43 ;

Code de la santé publique, notamment les articles L. 4011-1, L. 6311-1, R. 4311-14, R. 6311-1, R. 6311-2, R. 6123-15, R. 6311-6 ;

Code de la sécurité intérieure, notamment les articles L. 112-1, L. 112-2, L. 711-1, L. 721-1 à L. 723-20, L. 741-1 à L. 742-15, R. 723-1 à R. 723-91, R. 741-1 à D. 742-21 ;

Loi n° 96-370 du 3 mai 1996 modifiée relative au développement du volontariat dans les corps de sapeurs-pompiers ;

Arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU) ;

Arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel commun portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente ;

Arrêté du 5 juin 2015 portant modification de l'annexe I et de l'annexe VI du Référentiel commun d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente du 25 juin 2008 ;

Circulaire du 19 avril 1999 relative au développement du volontariat en qualité de sapeur-pompier parmi les personnels des administrations et des entreprises publiques ;

Circulaire du 25 octobre 2005 relative au développement du volontariat de sapeur-pompier ;

Circulaire DSC/DHOS n° 2009-192 du 14 octobre 2009 relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente et de l'arrêté du 5 mai 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence préhospitalière;

Instruction DGOS/R2 n° 2013-228 du 6 juin 2013 visant à clarifier le cadre juridique et financier des médecins correspondants du SAMU (MCS).

*Circulaires abrogées:*

Circulaire du 18 septembre 1992 relative aux relations entre le service départemental d'incendie et de secours et les établissements publics hospitaliers dans les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours;

Circulaire du 2 février 1996 relative aux relations entre le service départemental d'incendie et de secours et les établissements publics hospitaliers dans les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours.

*La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et le ministre de l'intérieur à Mesdames et Messieurs les préfets de région; Mesdames et Messieurs les préfets de département; Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour exécution); à Messieurs les directeurs départementaux des services d'incendie et de secours; Monsieur le général commandant la brigade des sapeurs-pompiers de Paris; Monsieur l'amiral commandant le bataillon des marins-pompiers de Marseille; Mesdames et Messieurs les directeurs des établissements de santé (pour information).*

L'aide médicale urgente (AMU), l'organisation des soins et celle du parcours de soins relèvent de la compétence du ministère chargé de la santé. Les missions de sécurité civile dont celle du secours d'urgence aux personnes (SUAP, également dénommé secours à personne – SAP – dans différents textes en vigueur) sont du ressort du ministère de l'intérieur. L'efficacité de la réponse à la demande d'un usager, patient ou victime, nécessite l'action coordonnée des différents acteurs du SUAP et de l'AMU. La coordination des interventions, la complémentarité des moyens et, plus généralement, la coopération entre ces acteurs constituent un impératif reposant sur un objectif de qualité du service rendu aux usagers mais recouvre également une exigence d'efficacité globale du dispositif, avec en filigrane le respect de l'objectif d'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes souhaité par le Président de la République.

Ces exigences constituent la ligne directrice de la feuille de route santé-intérieur élaborée conjointement par la DGOS (direction générale de l'offre de soins) et la DGSCGC (direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises) suite aux recommandations du rapport IGAS-IGA de juin 2014 portant évaluation de l'application du référentiel commun d'organisation du SAP et de l'AMU. Cette feuille de route est l'expression d'une volonté conjointe des administrations et des représentants des professionnels d'optimiser la coordination et la complémentarité des moyens humains et matériels, tant terrestres qu'héliportés, qui permettent d'apporter en tout point du territoire national la réponse la plus rapide et la plus adaptée à la demande d'un usager en matière de secours et soins urgents. Elle comporte 4 axes:

Axe 1: améliorer la qualité du service rendu aux usagers en clarifiant les missions et en favorisant la coopération des acteurs mobilisables dans le cadre des secours et soins d'urgence

Axe 2: renforcer les outils permettant d'assurer la complémentarité des moyens humains et matériels, tant terrestres qu'héliportés

Axe 3: dynamiser les instances de gouvernance nationales et locales en charge du pilotage des dispositifs de secours et de soins d'urgence

Axe 4: mettre en œuvre des actions de pédagogie et de communication conjointes auprès des usagers

Les axes d'amélioration fixés par la feuille de route s'inscrivent dans le respect des principes majeurs d'organisation de la chaîne des secours et soins urgents française qui font sa spécificité et fondent son efficacité quel que soit le numéro que l'utilisateur ait initialement composé. Ces principes majeurs sont les suivants:

1. La régulation médicale des appels par le centre de réception et de régulation des appels (CRRA) 15 du service d'aide médicale urgente (SAMU) permettant notamment de garantir l'adéquation optimale entre le besoin de la personne et la réponse apportée ainsi que sa bonne orientation dans le parcours de soins;

2. L'interconnexion entre le CRRA 15 et le centre de traitement de l'alerte (CTA) pour garantir par des moyens radiotéléphoniques et informatiques la qualité et la sécurité de la transmission d'informations entre ces deux centres et pour permettre notamment que l'information déjà donnée par l'appelant au premier opérateur ne soit pas répétée;
3. La mobilisation, si nécessaire, de compétences spécifiques auprès de la personne en quelque endroit qu'elle se trouve sur le territoire national, parmi lesquelles:
  - la mobilisation des sapeurs-pompiers des services d'incendie et de secours (SIS) par les CTA pour contribuer à la couverture de proximité du territoire et à la qualité de la réponse initiale notamment de prompt secours;
  - la mobilisation des structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) par les SAMU pour garantir notamment la qualité et la précocité de la prise en charge des patients nécessitant en urgence une prise en charge médicale et de réanimation, pouvant être précédée, dans les territoires isolés, d'une prise en charge initiale par un professionnel de santé formé avant-coureur du SMUR;

Ces compétences spécifiques pouvant être mobilisées auprès de la personne en détresse au moyen d'un véhicule terrestre et, pour certaines, au moyen d'un véhicule maritime ou hélicopté;
4. L'articulation entre le commandement des opérations de secours et la régulation médicale conformément aux références mentionnés en préambule de la présente circulaire.

Dans ce cadre, la feuille de route vise à préciser ou actualiser les modalités pratiques d'application du référentiel commun d'organisation du SAP et de l'AMU pris par arrêté interministériel du 24 avril 2009.

La feuille de route poursuit plusieurs objectifs à court et à moyen terme :

- de façon immédiate, afin d'améliorer la qualité du service rendu aux usagers de façon rapide et concrète, les modalités de coopération des acteurs mobilisables dans le cadre du SAP et de l'AMU sont précisées dans la présente circulaire sur la base des propositions formulées par les représentants des sapeurs-pompiers et ceux des urgences hospitalières. Ces modalités de coopération concernent l'orientation des personnes dans le parcours de soins, les départs réflexes, le périmètre des types et lieux d'intervention des sapeurs-pompiers, les conditions d'intervention des infirmiers sapeurs-pompiers, les médecins susceptibles d'intervenir dans le cadre de l'AMU dans les territoires situés à plus de 30 minutes de soins urgents et enfin la cohérence du fonctionnement des hôpitaux et des SIS pour les médecins et infirmiers hospitaliers engagés comme sapeurs-pompiers volontaires (points 1.1, 1.2, 1.3, 2.1 et 2.2 des axes 1 et 2 de la feuille de route).
- parallèlement ou dans un second temps, d'autres travaux se poursuivent ou seront engagés, concernant notamment les thématiques suivantes :
  - poursuite des travaux portant sur le développement et le déploiement d'outils informatiques permettant notamment de garantir la qualité et l'opérationnalité de l'interconnexion 15-18;
  - complémentarité et efficacité des moyens hélicoptés;
  - clarification de la nature et des conditions de validité des conventions financières entre les SIS et les établissements de santé siège d'un SAMU ou d'un SMUR;
  - optimisation de la réponse des transporteurs sanitaires: l'objectif d'amélioration du service rendu aux usagers porté par la feuille de route implique que soit menée une réflexion sur les modalités de mise en œuvre de l'action des transporteurs sanitaires. Cette réflexion sera pilotée par la DGOS dans le cadre d'un groupe de travail spécifique associant notamment les représentants des transporteurs sanitaires;
  - précision de la nature des acteurs mobilisables pour les aides au relevage;
  - adaptation des missions du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS).

Sur ces fondements, cette feuille de route vise à capitaliser les avancées qui ont été permises par le référentiel commun tout en identifiant les améliorations nécessaires les plus adaptées à chaque territoire, respectueuses des compétences et prérogatives de chacun, notamment préfets et directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS) et dans un contexte de mise en œuvre de la réforme territoriale.

## AXE 1 : AMÉLIORER LA QUALITÉ DU SERVICE RENDU AUX USAGERS EN CLARIFIANT LES MISSIONS ET EN FAVORISANT LA COOPÉRATION DES ACTEURS MOBILISABLES DANS LE CADRE DES SECOURS ET SOINS D'URGENCE

Il convient en premier lieu d'appeler votre attention sur la nécessité qui s'attache au respect des principes suivants :

Le secours d'urgence aux personnes (SUAP) (également dénommé secours à personnes – SAP – dans différents textes en vigueur) est une mission des SIS et consiste à :

- assurer la mise en sécurité des victimes, c'est-à-dire les soustraire à un danger ou un milieu hostile, exercer un sauvetage, et sécuriser le site de l'intervention ;
- pratiquer les gestes de secourisme en équipe, dont ceux du prompt secours, face à une détresse, et en évaluer le résultat. Le prompt secours est une action de secouristes agissant en équipe et visant à prendre en charge sans délai des détresses vitales ou à pratiquer sans délai des gestes de secourisme. Il est assuré par des personnels formés et équipés. Son intérêt réside dans son caractère réflexe. Il est à distinguer des actions relevant de la compétence des SMUR, des médecins généralistes, des ambulanciers privés, voire du simple conseil ;
- réaliser l'envoi des moyens adaptés dès la réception de l'appel ou dès l'identification du besoin et en informer la régulation médicale du SAMU notamment lorsqu'il s'agit d'une situation d'urgence nécessitant la mise en œuvre de moyens médicaux ;
- réaliser l'évacuation éventuelle de la victime vers un lieu d'accueil approprié.

Les dispositions relatives au commandement des opérations de secours et à la régulation médicale s'appliquent conformément aux références mentionnés en préambule de la présente circulaire.

Au sein du SIS, le service de santé et de secours médical (SSSM) participe aux missions de secours d'urgence définies par l'article L. 1424-2 du code général des collectivités territoriales et par l'article L. 6311-1 du code de la santé publique.

Le SIS n'est par ailleurs tenu de procéder qu'aux seules interventions qui se rattachent directement à ses missions de service public définies à l'article L. 1424-2 du code général des collectivités territoriales. S'il est procédé à des interventions ne se rattachant pas directement à l'exercice de ses missions, il peut demander aux personnes bénéficiaires une participation aux frais, dans les conditions déterminées par délibération du conseil d'administration (art. L. 1424-42 du même code).

L'aide médicale urgente (AMU) a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état (art. L. 6311-1 du code de la santé publique).

Les SAMU ont pour mission de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence (art. R. 6311-1 du code de la santé publique). À cet effet, les SAMU (art. R. 6311-2 du code de la santé publique) :

- assurent une écoute médicale permanente ;
- déterminent et déclenchent, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ;
- s'assurent de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, compte tenu du respect du libre choix, et font préparer son accueil ;
- organisent, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires ;
- veillent à l'admission du patient.

Les SMUR ont pour mission (art. R. 6123-15 du code de la santé publique) :

- d'assurer, en permanence, en tous lieux et prioritairement hors de l'établissement de santé auquel ils sont rattachés, la prise en charge des patients dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation, et, le cas échéant, et après régulation par le SAMU, le transport de ces patients vers un établissement de santé ;
- d'assurer le transfert entre deux établissements de santé des patients nécessitant une prise en charge médicale pendant le trajet.

Les dispositions relatives au commandement des opérations de secours et à la régulation médicale s'appliquent conformément aux références mentionnés en préambule de la présente circulaire.

Lorsqu'une situation d'urgence nécessite la mise en œuvre conjointe de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, les SAMU joignent leurs moyens à ceux qui sont mis en œuvre par les SIS (art. R. 6311-1 du code de la santé publique).

Les SAMU et les SIS se tiennent réciproquement informés des moyens qu'ils engagent (art. R. 6311-6 du code de la santé publique).

1.1. *Faciliter la bonne orientation du patient dans le parcours de soins par la régulation médicale du SAMU, quel que soit le numéro composé par l'utilisateur ou l'acteur initialement intervenu*

Le référentiel commun réaffirme le rôle fondamental de la régulation médicale des appels qui est opérée par les SAMU. Ceux-ci sont chargés d'évaluer médicalement la gravité de la situation et de coordonner la prise en charge médicale du patient :

- en engageant ou en demandant l'engagement des moyens jugés nécessaires (engagement des moyens qui sont du ressort des SAMU ou demande d'engagement des moyens qui ne sont pas de leur ressort) et/ou en s'assurant de la pertinence des moyens déjà engagés, et en les complétant si nécessaire ;
- en s'assurant que les moyens engagés arrivent au lieu de l'appel dans les délais compatibles avec le degré de gravité avéré ou supposé du patient ;
- en suivant le déroulement de la prise en charge et en coordonnant le parcours de soins ;
- en déterminant la destination la plus adaptée à l'état du patient ;
- en déterminant les moyens les plus appropriés pour amener la personne vers cette destination, si nécessaire en concertation avec le COS.

À ces égards, la régulation médicale effectuée par les SAMU constitue le pivot de l'orientation du patient dans le parcours de soins quel que soit le numéro initialement composé ou l'acteur initialement intervenu. En particulier, lorsque les sapeurs-pompiers prennent en charge une personne, la bonne orientation de cette dernière dans le parcours de soins suppose notamment qu'un bilan des sapeurs-pompiers soit transmis au SAMU dans les meilleurs délais afin notamment que ce dernier définisse les modalités ultérieures de la prise en charge et détermine la destination la plus adaptée, fût-elle autre que le service d'accueil des urgences de proximité.

Les acteurs de la régulation médicale des SAMU se conforment aux recommandations de bonnes pratiques.

1.1.1. *Consolider la mise en œuvre de la transmission des bilans sapeurs-pompiers à la régulation médicale du SAMU pour permettre à cette dernière de déterminer l'orientation la plus adaptée à l'état du patient*

La transmission du bilan des sapeurs-pompiers doit se faire dans les meilleurs délais au CTA et au SAMU, avant l'évacuation.

Ce bilan est nécessaire au médecin régulateur du SAMU pour permettre notamment à ce dernier de déterminer la destination de la personne prise en charge.

La transmission du bilan des sapeurs-pompiers utilise préférentiellement le réseau SSU *via* ANTARES ou le téléphone par des lignes dédiées permettant l'enregistrement simultané au CTA et au CRRA.

La forme et le contenu du bilan des sapeurs-pompiers sont élaborés localement sur la base des dispositions du référentiel commun.

1.1.2. *Élargir les destinations possibles d'évacuation des patients pris en charge par les sapeurs-pompiers : cabinets médicaux, maisons médicales, etc.*

En application des dispositions législatives du code général des collectivités territoriales, les SIS exercent, dans le cadre de leurs compétences, la mission de secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ainsi que leur évacuation.

Afin que l'évacuation des personnes prises en charge par les sapeurs-pompiers dans le cadre du SUAP soit d'emblée compatible avec leur bonne orientation dans le parcours de soins, la destination la plus adaptée est déterminée par la régulation médicale du SAMU en tenant compte des contraintes des différents acteurs concernés.

Il appartient aux ARS, en lien avec les SAMU, les SIS et l'ensemble des acteurs concernés :

- d'identifier en amont les structures de santé (autres que service d'urgence ou service spécialisé) qui sont d'accord sur le principe d'accueil des patients pris en charge par les sapeurs-pompiers : maison médicale de garde, cabinet médical, maison de santé pluri-professionnelle, centre de santé, etc. ;
- de formaliser en amont la nature des contraintes des différents acteurs (par exemple : horaires durant lesquels une maison médicale de garde est susceptible d'accueillir ces patients) ;



- d’actualiser et de mettre en permanence à disposition des SAMU la liste de l’ensemble des destinations possibles des patients pris en charge par les sapeurs-pompiers (par exemple *via* le Répertoire opérationnel des ressources);
- de mettre à disposition des SIS la liste actualisée de l’ensemble des destinations possibles des sapeurs-pompiers.

Avant tout transport, les structures autres que les services d’urgence (maison médicale de garde, cabinet médical, maison de santé pluri-professionnelle, centre de santé, etc.) sont contactées préalablement par la régulation médicale du SAMU pour chaque patient. L’accord préalable des professionnels de santé concernés est systématiquement recueilli.

Pour chaque personne prise en charge par les sapeurs-pompiers, le médecin régulateur du SAMU peut dès lors, sur des critères médicaux, dans le respect du principe de libre choix de la personne, dans l’intérêt de cette dernière, en considération des contraintes opérationnelles des SIS et avec l’accord de ces derniers :

- permettre le départ des sapeurs-pompiers et le maintien au domicile de la personne dans l’attente d’une prise en charge ambulatoire, par exemple par un acteur de la permanence des soins ambulatoires;
- permettre une évacuation par les sapeurs-pompiers vers la structure de santé la plus appropriée à l’état du patient dans le cadre d’un parcours de soins adapté :
- un professionnel de santé de proximité : maison médicale de garde, cabinet médical, maison de santé pluri-professionnelle, centre de santé, etc. ;
- le service d’urgence de proximité ;
- un service spécialisé ou service d’urgence plus éloigné.

Le médecin régulateur exerce ce choix en tenant compte notamment des contraintes opérationnelles des SIS. À cet égard, afin de préserver la capacité opérationnelle des SIS, lorsque la destination la plus adaptée se situe en dehors du secteur opérationnel des sapeurs-pompiers, la pratique de « jonction » ou « relais » avec les moyens publics ou privés les plus adaptés peut être organisée par le CTA et le SAMU, à l’initiative de l’un ou de l’autre, dans le respect des bonnes pratiques relatives à la qualité et à la sécurité des soins.

### *1.2. Élaborer, valider et préciser les conditions d’application des protocoles de référence nationaux de soins d’urgence et d’antalgie pouvant être mis en œuvre par les infirmiers sapeurs-pompiers (ISP)*

Les ISP (infirmiers sapeurs-pompiers), en tant que membres du SSSM (service de santé et de secours médical), participent au SUAP et à l’AMU sur le territoire opérationnel du SIS (art. L. 6311-1 du code de la santé publique, L. 1424-2 et R. 1424-24 du code général des collectivités territoriales). Les autres missions des ISP, notamment le soutien santé des sapeurs-pompiers en opérations, ne relèvent pas de la présente circulaire.

Sans préjudice de leur implantation, les secteurs d’intervention des ISP qui concourent aux secours et soins urgents reposent sur l’harmonisation du SROS (schéma régional d’organisation des soins) et du SDACR (schéma départemental d’analyse et de couverture des risques) prenant en compte notamment l’implantation des SMUR et les besoins de la population tels ceux de la population située à plus de 30 minutes de soins urgents. Présentée en CODAMUPS-TS conjointement par l’ARS et le SIS, l’identification de ces secteurs s’inscrit dans cette harmonisation.

La disponibilité opérationnelle des ISP concourant aux secours et soins urgents est connue du CTA et du CRRA. Ces ISP sont mobilisés pour les opérations de secours et soins urgents à la demande du CTA qui en informe aussitôt le SAMU ou à la demande de ce dernier.

L’activité des ISP concourant aux secours et soins urgents s’inscrit dans le cadre général des compétences de l’infirmier défini par le code de la santé publique (décret de compétences). Dans ce cadre, le code de la santé publique prévoit qu’un infirmier peut, avant l’intervention d’un médecin et sous certaines conditions, initier des protocoles infirmiers de soins d’urgence (PISU) en raison du bénéfice attendu pour le patient d’une réponse urgente et formalisée jusqu’à l’intervention d’un médecin (art. R. 4311-14 alinéa premier du code de la santé publique).

La possibilité d’initiation d’un PISU par un ISP concourant aux secours et soins urgents appelle plusieurs précisions préalables :

- l’initiation d’un PISU par un ISP concourant aux secours et soins urgents ne s’inscrit pas dans le cadre d’une démarche dite de « coopération entre professionnels de santé » ayant pour objet « d’opérer entre eux des transferts d’activités ou d’actes de soins » ou ayant pour objet « de réorganiser leurs modes d’intervention auprès du patient » (art. L. 4011-1 du code de la santé publique);

- l'initiation d'un PISU par un ISP concourant aux secours et soins urgents doit être distinguée des actes qu'il peut réaliser sur prescription préalable d'un médecin. Les actes réalisables par un ISP sur prescription préalable du médecin régulateur du SAMU, avec l'aide si nécessaire d'outils technologiques, entrent dans le cadre général de la télémédecine. En effet, ils s'inscrivent dans le cadre d'une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication mettant en rapport ce médecin régulateur et l'ISP situé auprès du patient. Relevant de la télémédecine, ils répondent aux exigences de cette modalité de prise en charge. Ils doivent être validés en amont conjointement par le chef de service du SAMU et le médecin-chef du SIS et être conformes aux recommandations des sociétés savantes concernées, notamment celles émises par la Société française de médecine d'urgence (SFMU).

La liste des situations cliniques pouvant faire l'objet de l'initiation d'un PISU par un ISP concourant aux secours et soins urgents est actualisée par l'arrêté du 5 juin 2015 portant modification de l'annexe I et de l'annexe VI du référentiel commun :

- arrêt cardiaque, mort subite ;
- hémorragie sévère ;
- choc anaphylactique ;
- hypoglycémie ;
- état de mal convulsif ;
- brûlures ;
- asthme aigu grave de la personne asthmatique connue et traitée ;
- intoxication aux fumées d'incendie ;
- douleur aiguë.

Les PISU réalisables par les ISP concourant aux secours et soins urgents doivent répondre aux données actualisées de la science et garantir toutes les exigences de qualité et de sécurité des soins dans l'intérêt du patient. À cet effet, des PISU-types sont en cours d'élaboration par les sociétés savantes concernées, notamment la SFMU, et seront diffusés avant la fin du 1<sup>er</sup> semestre 2015. Ils doivent être déclinés en fonction de l'organisation locale et être signés par le médecin-chef du SIS. Les ISP qui les mettent en œuvre doivent avoir été formés à leur application.

Le chef de service du SAMU doit être informé par le médecin-chef du SIS des modalités de mise en application des PISU.

L'initiation d'un PISU peut être réalisée d'emblée par l'ISP étant donné le bénéfice attendu pour le patient d'une réponse urgente et formalisée. La mise en œuvre d'un PISU impose l'information immédiate du médecin régulateur du SAMU. En effet, dès l'initialisation d'un PISU, l'ISP doit prendre directement contact avec le médecin régulateur du SAMU afin que ce dernier décide de sa poursuite, de son arrêt ou de son adaptation à la situation.

En dehors des PISU, l'ISP peut être amené à mettre en œuvre des actes de soins sur prescription préalable du médecin régulateur du SAMU, avec l'aide, si nécessaire, d'outils relevant de la télémédecine. Ces actes de soins éventuels relèvent de la responsabilité de ce dernier et doivent être validés en amont conjointement par le chef de service du SAMU et le médecin-chef du SIS (en fonction, en particulier, des compétences et matériels des différents intervenants). Relevant de la télémédecine, ces actes font l'objet d'un cadre défini par les sociétés savantes concernées.

Les échanges avec le SAMU se déroulent de la manière suivante :

- le CTA informe le SAMU de l'intervention d'un ISP dès le déclenchement de cette intervention ;
- le chef d'agrès transmet au SAMU un premier bilan qui mentionne l'intervention simultanée d'un ISP et, le cas échéant, l'initiation d'un PISU ;
- dans les plus brefs délais, l'ISP transmet son bilan directement au médecin régulateur par des moyens de transmission spécialement adaptés (réseau radio, ANTARES, ligne téléphonique dédiée, etc.) permettant d'accéder à ce dernier en moins d'une minute et permettant l'enregistrement simultané au SAMU et au CTA ; en cas d'indisponibilité du médecin régulateur dans ce délai, l'ISP poursuit la mise en œuvre de son protocole jusqu'à l'établissement d'un contact direct effectif, facilité au besoin par le CTA ;
- le médecin régulateur du SAMU prescrit ensuite directement à l'ISP la poursuite, l'arrêt ou l'adaptation du PISU.

Les enregistrements sonores des échanges avec le SAMU constituent des éléments du dossier médical et font l'objet, notamment pour leur conservation et leur communication, des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.



Nous appelons votre attention sur le cas particulier des demandes de secours et soins urgents pour les patients en fin de vie.

D'une manière générale, le médecin régulateur du SAMU prend en urgence les décisions médicales les plus appropriées à l'état du patient en tenant compte notamment des volontés de ce dernier. À cet égard, dès que le médecin régulateur du SAMU a connaissance de la situation de fin de vie du patient ou de son décès, il doit notamment mettre en œuvre tous les moyens à sa disposition pour :

- entrer directement en contact si possible avec le patient ou la personne de confiance ou avec la famille ou à défaut les proches ;
- informer dans les plus brefs délais les sapeurs-pompiers et/ou l'ISP déjà engagés ;
- s'assurer par tout moyen que la prise en charge initiale du patient par les sapeurs-pompiers et/ou par l'ISP déjà engagés ne soit pas contraire aux volontés du patient et ne s'apparente pas à de l'obstination déraisonnable ;
- prendre en urgence, avant l'arrivée d'un médecin sur place, les mesures et décisions médicales les plus appropriées à l'état du patient et à ses volontés.

Par ailleurs et comme en toute autre circonstance, l'information du patient, de la personne de confiance, de la famille ou à défaut des proches quant aux décisions médicales relève de la compétence d'un médecin et non de la compétence des sapeurs-pompiers ou de l'ISP présents sur place.

L'ensemble de ces éléments devra faire l'objet de précisions au regard de la répercussion sur l'AMU des évolutions législatives et réglementaires relatives à la fin de vie et aux soins palliatifs et au regard des travaux à venir sur cette thématique dans le cadre de l'AMU.

### *1.3. Affiner le périmètre des types et des lieux d'intervention des sapeurs-pompiers pour les premiers secours*

Inviter les services locaux à adapter la liste des situations de départs réflexes des sapeurs-pompiers pour les premiers secours (blessés légers ; lieux protégés)

En dehors des situations dites de « départ réflexe », pour toute demande de secours et soins urgents, le référentiel commun d'organisation du SAP et de l'AMU pose le principe général de l'engagement des moyens des SIS après régulation médicale par le SAMU.

Le départ réflexe des moyens des SIS consiste en l'engagement des moyens des SIS avant régulation médicale par le SAMU. Cette pratique se justifie lorsque le délai de mise en œuvre de la réponse à l'appel est de nature à induire une perte de chance pour la personne en détresse. En cas de départ réflexe des moyens du SIS, la régulation médicale par le SAMU intervient dans les meilleurs délais après le déclenchement des moyens du SIS afin de s'assurer de la pertinence des moyens déjà engagés (compétence mobilisée et vecteur utilisé) et de les compléter le cas échéant.

Le référentiel commun et son annexe I modifiée disposent les motifs de départ réflexe au regard de la nature de l'urgence, des circonstances particulières de l'urgence, de l'environnement et du lieu de survenue de la détresse. Cette liste n'est pas exhaustive et peut, localement, faire l'objet d'ajouts consensuels.

Dans sa rédaction de 2008, l'annexe I disposait que « tout secours à personne sur la voie publique, dans un lieu public, dans un établissement recevant du public » constituait un motif de départ réflexe.

Hormis la voie publique, le lieu de survenue ne doit plus être en lui-même un critère de choix dominant. C'est dans cette optique que l'arrêté du 5 juin 2015 porte modification de l'annexe I du référentiel commun.

Les services locaux sont invités à moderniser leur procédure de départ réflexe par l'utilisation d'arbre(s) décisionnel(s) d'aide à la décision de déclenchement des départs réflexes prenant en compte :

- la nature de la détresse ;
- les circonstances de survenue de la détresse ;
- l'environnement ;
- le lieu de survenue de la détresse.

Des outils d'aide à la mise en œuvre d'arbres décisionnels seront diffusés ultérieurement.

AXE 2: RENFORCER LES OUTILS PERMETTANT D'ASSURER LA COMPLÉMENTARITÉ DES MOYENS HUMAINS ET MATÉRIELS, TANT TERRESTRES QU'HÉLIPORTÉS

2.1. *Dans les territoires situés à plus de 30 minutes de soins urgents, identifier l'ensemble des médecins qui sont susceptibles d'intervenir dans le cadre de l'aide médicale urgente et préciser leurs conditions d'intervention*

L'objectif d'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes implique que soient identifiées, dans chaque territoire situé à plus de 30 minutes d'un SMUR ou d'un service d'urgence, les ressources médicales disponibles et qui sont volontaires pour participer à l'AMU.

Les MSP (médecins sapeurs-pompier), en tant que membres du SSSM (service de santé et de secours médical), participent au SUAP et à l'AMU sur le territoire opérationnel du SIS (art. L. 6311-1 du code de la santé publique, L. 1424-2 et R. 1424-24 du code général des collectivités territoriales). Les autres missions des MSP, notamment le soutien santé des sapeurs-pompier en opérations, ne relèvent pas de la présente circulaire.

Les médecins correspondants du SAMU (MCS) participent à l'AMU conformément aux dispositions de l'arrêté du 12 février 2007 relatif aux MCS.

Indépendamment de leur statut ou qualité, les interventions des médecins participant à l'AMU :

- visent à assurer, en attendant l'arrivée d'un SMUR, la qualité et la précocité des soins dans les territoires dans lesquels les délais d'intervention du SMUR dépassent les 30 minutes ;
- sont réalisées en lien direct et systématique avec la régulation médicale du SAMU dans le cadre d'un parcours de soins.

La disponibilité opérationnelle des MSP participant à l'AMU est connue du CTA et du CRRA. Leur engagement s'effectue par l'intermédiaire du CTA, le cas échéant à la demande du médecin régulateur du SAMU.

La connaissance partagée par les ARS, les SIS et les SAMU de l'ensemble des médecins participant à l'AMU est une démarche préalable nécessaire.

Les ARS organisent le dispositif des MCS en lien avec les médecins libéraux ou salariés d'une structure de santé en veillant à l'optimisation sur leur territoire des ressources médicales et au regard des organisations déjà en place. À cet égard, afin de ne pas désorganiser ou fragiliser la ressource médicale des SIS, l'ARS interroge le SIS quant aux MSP participant à l'AMU.

Le SIS transmet à l'ARS, avec l'accord des intéressés, la liste nominative des MSP concernés sans que ces derniers ne soient démarchés individuellement par l'ARS pour devenir par ailleurs MCS. De même, avec l'accord des médecins concernés, l'ARS transmet au SIS la liste des MCS implantés sur son territoire.

Les MSP participant à l'AMU sont pris en compte par les ARS dans l'organisation de l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes dès lors :

- que leur secteur d'intervention répond à un besoin de santé identifié par l'ARS ;

Sans préjudice de leur implantation, les secteurs d'intervention des MSP participant à l'AMU reposent sur l'harmonisation du SROS et du SDACR prenant en compte notamment l'implantation des SMUR et des services d'urgence et les besoins de la population. Présentée en CODAMUPS-TS conjointement par l'ARS et le SIS, l'identification de ces secteurs s'inscrit dans cette harmonisation ;

- qu'ils bénéficient d'une formation médicale théorique et pratique, initiale et continue équivalente à celle d'un MCS ;

En vue d'une connaissance mutuelle des acteurs de terrain, la formation pratique des MSP participant à l'AMU comporte une séquence d'intégration au sein d'une structure d'urgence de son secteur d'intervention d'une durée de deux journées ;

- que leur participation à l'AMU repose sur une convention établie entre l'ARS et le SIS pour la prise en compte d'un ou plusieurs MSP, nominativement identifiés ;

Cette convention précise notamment leurs secteurs d'intervention, les modalités opérationnelles de fonctionnement, les dotations en matériel, les formations complémentaires requises dans ce cadre, etc. ;

Cette convention comporte un volet financier de contribution éventuelle notamment aux dispositifs médicaux et consommables, aux médicaments et aux modalités de mise en œuvre des formations complémentaires requises dans ce cadre. Ce volet financier précise le ou les montants convenus à ce titre et les modalités de paiement, le cas échéant, par l'intermédiaire de l'établissement de santé siège du SAMU.

Les MSP mobilisés par les SAMU dans le cadre de l'AMU relèvent toujours de l'autorité administrative des SIS et sont placés sous la responsabilité de ces derniers.

Ainsi, les SIS assurent dans les conditions habituelles la prise en charge financière et la couverture juridique des interventions auxquelles participent ces personnels.

Dans l'intérêt des usagers nécessitant un accès aux soins urgents, les solutions locales d'ores et déjà existantes, conformes au corpus législatif et réglementaire en vigueur peuvent perdurer dès lors qu'elles apportent satisfaction aux parties et acteurs concernés.

## *2.2. Faciliter la cohérence du fonctionnement des hôpitaux et des SIS pour les médecins et infirmiers hospitaliers engagés comme sapeurs-pompiers volontaires*

L'engagement du citoyen en qualité de sapeur-pompier volontaire constitue un acte républicain. Cette disponibilité au service de son prochain trouve particulièrement à s'exprimer parmi les médecins et infirmiers hospitaliers et leur démarche individuelle mérite d'être encouragée.

Le législateur a souhaité favoriser l'engagement des sapeurs-pompiers volontaires en organisant leur disponibilité au regard des impératifs de leur métier et en impliquant leurs employeurs. C'est l'objet des conventions de disponibilité sur le temps de travail qui ont été instituées par la loi n° 96-70 du 3 mai 1996 modifiée relative au développement du volontariat dans les corps de sapeurs-pompiers. Ces conventions de disponibilité sont signées entre le SIS, le sapeur-pompier volontaire et l'employeur de ce dernier.

C'est dans ce cadre législatif et conventionnel que doivent être précisées les modalités de la participation volontaire des médecins et infirmiers hospitaliers aux missions et aux actions des SIS.

Dans les situations de crise, la mobilisation des professionnels de santé est conduite selon les dispositions du référentiel commun qui donnent la priorité à l'employeur.

Une convention cadre interministérielle relative à la disponibilité des médecins et infirmiers hospitaliers engagés comme sapeurs-pompiers volontaires vous sera transmise ultérieurement et devra être déclinée localement entre les SIS et les établissements de santé concernés.

Un comité départemental de suivi composé des acteurs concernés devra être créé sur le modèle du comité national. Vous devrez constituer ce comité dans les trois mois suivant la publication de la présente circulaire. Il se réunira régulièrement sous la coprésidence du préfet et du directeur général de l'ARS, avec pour objet de veiller à la bonne application du référentiel commun, de la présente circulaire et de résoudre les éventuelles difficultés rencontrées pour leur mise en œuvre. Il s'attachera notamment à vérifier l'effectivité et la qualité de la coopération entre les acteurs concernés. Des éléments sur l'adaptation du CODAMUPS-TS vous seront transmis ultérieurement.

Vous voudrez bien faire part, chacun pour ce qui vous concerne au ministère dont vous relevez, des difficultés que vous rencontreriez dans l'application de la présente circulaire.

La DGSCGC et la DGOS, en lien le cas échéant avec les inspections générales compétentes (IGA et IGAS) en assureront le suivi.

En cas de difficultés spécifiques et sur demande conjointe du préfet de département et du directeur général de l'ARS, la DGOS et la DGSCGC pourront apporter un soutien, en lien avec les représentants des professionnels si nécessaire.

*La ministre des affaires sociales,  
de la santé  
et des droits des femmes,  
MARISOL TOURAINE*

*Le ministre de l'intérieur,  
BERNARD CAZENEUVE*

## SOLIDARITÉS

### PROFESSIONS SOCIALES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

#### **Arrêté du 15 juillet 2015 portant ouverture d'une session d'examen pour l'obtention du certificat d'aptitude à l'éducation et la rééducation de la locomotion auprès des personnes déficientes visuelles en 2016**

NOR : AFSA1530484A

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,  
Vu les articles D.312-111 à D.312-122 du code de l'action sociale et des familles ;  
Vu l'arrêté du 19 novembre 1997 modifié créant un certificat d'aptitude à l'éducation et la rééducation de la locomotion auprès des personnes déficientes visuelles,

Arrête :

#### Article 1<sup>er</sup>

Une session d'examen pour l'obtention du certificat d'aptitude à l'éducation et la rééducation de la locomotion auprès des personnes déficientes visuelles sera organisée en 2016. Cette session est ouverte aux candidats réunissant les conditions prévues par les dispositions de l'article 3 de l'arrêté du 19 novembre 1997 susvisé.

#### Article 2

Les épreuves de la première partie de cet examen se dérouleront les 4 et 5 janvier 2016 à Paris. Les épreuves de la deuxième partie se dérouleront du 22 au 24 juin 2016 à Paris, à l'exception de l'épreuve pratique intitulée « séquence réelle avec une personne handicapée de la vue » qui se déroulera du 6 au 17 juin 2016 dans l'établissement dans lequel le candidat a effectué son stage.

#### Article 3

Les dossiers de candidature devront être adressés, par l'intermédiaire des directeurs d'établissements ou des centres de formation, au ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, direction générale de la cohésion sociale, sous-direction de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées, bureau de l'insertion, de la citoyenneté et du parcours de vie des personnes handicapées (DGCS/3b), 14, avenue Duquesne, 75350 Paris 07 SP.

La date de clôture des inscriptions est fixée au 23 novembre 2015.

Le mémoire prévu à l'article 8 de l'arrêté du 19 novembre 1997 susvisé devra parvenir en sept exemplaires et en version électronique à l'adresse mentionnée ci-dessus, au plus tard le 6 juin 2016, à midi.

#### Article 4

Le directeur général de la cohésion sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

Fait le 15 juillet 2015.

Pour la ministre et par délégation :  
*La sous-directrice de l'autonomie,  
des personnes handicapées  
et des personnes âgées,*  
N. CUVILLIER

# SOLIDARITÉS

## PROFESSIONS SOCIALES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

*Direction générale de la cohésion sociale*

Sous-direction des professions sociales,  
de l'emploi et des territoires

Bureau des professions sociales

### **Instruction DGCS/SD4A n° 2015-187 du 4 juin 2015 relative à l'indemnisation et aux modalités de gestion de l'indemnisation des membres des jurys dans le cadre de la gestion centralisée des frais de jurys assurée par l'Agence de services et de paiement (ASP), pour les diplômes de travail social**

NOR : AFSA1513512J

Examinée par le COMEX le 15 avril 2015.

*Date d'application* : immédiate.

**Résumé** : modalités de gestion des frais de jurys pour la certification des diplômes de travail social. Rémunération des agents participant, à titre accessoire, à des activités contribuant à la certification, suppression de la référence aux annexes 4 bis, 4 bis 1, 4 bis 3, 4 bis 4, 4 bis 5 de la circulaire DRH/DRH3B n° 2012-36 du 24 janvier 2012 pour les diplômes de travail social, définition du champ d'application de l'indemnisation pour les diplômes de travail social, définition des procédures relatives à la gestion centralisée des frais de jury par l'Agence de services et de paiement (ASP) concernant les jurys de VAE et de certification classique organisés par les DRJSCS et les DJSCS.

**Mots clés** : sessions de certification classique et VAE des diplômes de travail social – frais de jurys et rémunération des membres de jurys pour les diplômes certifiés par les DRJSCS – gestion de leur indemnisation et répartition des compétences entre l'ASP et les DRJSCS.

**Références** :

Décret n° 2010-235 du 5 mars 2010 relatif à la rémunération des agents publics participant, à titre d'activité accessoire, à des activités de formation et de recrutement modifié ;

Arrêté du 30 août 2011 fixant la rémunération des personnes participant à des activités de certification, à titre accessoire, dans le champ des diplômes sanitaire et de travail social ;

Circulaire DRH/DRH3B n° 2012-36 du 24 janvier 2012 relative à la rémunération des agents publics participant, à titre accessoire, à des activités de formation et de recrutement ;

*Circulaire modifiée* : circulaire DRH/DRH3B n° 2012-36 du 24 janvier 2012 relative à la rémunération des agents publics participant, à titre accessoire, à des activités de formation et de recrutement ;

Sont abrogées, pour ce qui concerne les membres des jurys des diplômes en travail social, les dispositions des annexes 4 bis, 4 bis 1, 4 bis 3, 4 bis 4, 4 bis 5 relatives aux modalités d'indemnisation des membres des jurys.

**Annexes** :

Annexe 1. – Règles applicables à la rémunération des personnes participant à des activités de certification exercées à titre accessoire dans le champ des diplômes de travail social : épreuves organisées par les DRJSCS et DJSCS.

Annexe 2. – Logigrammes des processus de gestion des états de frais par l'ASP (2.1 et 2.2).

Annexe 3. – États de frais types transmis aux membres des jurys (3.1, 3.2).

Annexe 4. – Tableaux de synthèse types à renseigner par session, par les DRJSCS (2).

*La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes à Mesdames et Messieurs les préfets de région; Monsieur le président-directeur général de l'ASP; à l'attention du délégué régional du Limousin; copie à Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale; Mesdames et Messieurs les directeurs de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale d'outre-mer.*

La présente instruction a pour objet de redéfinir les modalités d'indemnisation des membres des jurys participant aux épreuves de certification organisées, pour les diplômes de travail social, par les DRJSCS; elle se substitue aux dispositions mentionnées dans les annexes 4 bis, 4 bis 1, 4 bis 3, 4 bis 4, 4 bis 5 de la circulaire DRH/DRH3B n° 2012-36 du 24 janvier 2012, concernant notamment le périmètre de rémunération des membres des jurys pour les diplômes de travail social, en fonction des épreuves concernées.

Elle est établie en référence au décret du 5 mars 2010 relatif à la rémunération des agents publics participant, à titre d'activité accessoire, à des activités de formation et de recrutement et actualise les modalités de rémunération des personnes autres que les agents publics, membres de jurys participant à des activités de certification dans le cadre de la certification classique et des jurys de VAE des diplômes de travail social, pour lesquels la certification relève de la responsabilité des DRJSCS (I).

Pour ces mêmes diplômes, elle vise à préciser et à formaliser les procédures à suivre, dans le cadre de la gestion centralisée, par l'Agence de services et de paiement (ASP), des frais de jurys de la validation des acquis de l'expérience (VAE) et de la certification classique; elle clarifie les modalités de mise en œuvre des tâches assurées par l'ASP et les DRJSCS organisant des épreuves de certification.

Ce dispositif vise à améliorer et simplifier la gestion des frais de jurys afin de réduire les délais d'instruction et de paiement des membres de jurys; il vise également à garantir la sécurité des paiements mis en œuvre par l'agent comptable de l'ASP (II).

## I. – MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION DES PERSONNES PARTICIPANT À DES ACTIVITÉS DE CERTIFICATION EXERCÉES À TITRE ACCESSOIRE DANS LE CHAMP DES DIPLOMÉS DE TRAVAIL SOCIAL

Les annexes 4 bis et suivantes de la circulaire DRH/DRH3B n° 2012-36 du 24 janvier 2012 relatives à la rémunération des agents publics participant, à titre accessoire, à des activités de formation et recrutement servaient jusqu'à présent, de référence pour les diplômes de travail social et d'auxiliaires médicaux, le périmètre et la liste des indemnités qui pouvaient être prises en charge en application du décret n° 2010-235 du 5 mars 2010 et de l'arrêté du 30 août 2011 relatifs à ce même objet.

L'article 1<sup>er</sup> du décret précité précise que cette indemnisation constitue une faculté et non une obligation, lorsque les agents publics en activité ou retraités et les formateurs ou examinateurs extérieurs à l'administration et membres de jurys, participent, à titre accessoire, à des activités liées au fonctionnement de jurys d'examen, à destination de personnes dépourvues de la qualité d'agent public.

Les annexes 4 bis et suivantes de la circulaire du 24 janvier 2012 servaient de référence pour le système de rémunération et d'indemnisation des membres de certains jurys, ouvrant notamment cette possibilité pour des épreuves concourant à la certification de certains diplômes d'état de travail social réalisées en établissements de formation.

La présente instruction a pour objet de préciser le périmètre de l'indemnisation des membres de jurys, pour les épreuves de certification organisées par les DRJSCS et DJCS ainsi que pour la tenue du jury final de délivrance du diplôme. Elle supprime la référence à l'annexe 4 bis, ainsi qu'aux annexes 4 bis 1, 4 bis 3, 4 bis 4, 4 bis 5 de la circulaire du 24 janvier 2012 pour les éléments concernant les diplômes de travail social listés dans l'annexe 1 ci-jointe. Elle exclut du champ de cette indemnisation les épreuves organisées par les établissements de formation, quelle qu'en soit la nature.

### **1.1. Rappel du cadre réglementaire de référence déterminant le montant de la rémunération des membres des jurys, en fonction de la nature de la prestation effectuée**

L'arrêté du 30 août 2011 fixant la rémunération des personnes participant à des activités de certification exercées à titre accessoire dans le champ des diplômes de travail social distingue plusieurs types d'activités concourant à la certification :



Concernant la certification classique, se définissant par la délivrance d'un diplôme d'État en travail social, après formation au sein d'un établissement de formation agréé, la certification relevant de la responsabilité des DRJSCS et DJSCS se traduit par :

- la participation aux épreuves concourant à la certification, dès lors que celles-ci font l'objet d'une convocation par l'autorité certificatrice, en distinguant :
  - la correction des épreuves écrites ;
  - la participation aux épreuves orales avec, au préalable, un travail préparatoire d'étude de dossier ou de mémoire ;
  - la participation aux épreuves orales ne nécessitant pas de travail préparatoire ;
- la participation au fonctionnement des jurys pour la délivrance des diplômes : il s'agit de la participation au jury final permettant l'attribution du diplôme d'État.

Concernant la délivrance des diplômes par la voie de la validation des acquis de l'expérience (VAE), est concernée la participation à l'épreuve orale constituée par l'audition des candidats ayant déposé un livret 2 ; elle est traitée à l'identique des épreuves orales avec travail préparatoire.

L'arrêté du 30 août 2011 précise, pour chaque type d'épreuve organisée par l'autorité certificatrice, les modalités d'indemnisation du jury, celles-ci étant fonction de la nature de l'épreuve et de la classification du diplôme d'État concerné.

Le défraiement des frais de déplacement et autres frais éventuels générés par cette participation s'effectue, le cas échéant, dans les conditions définies par les règles de la comptabilité publique.

## **1.2. Nouvelles dispositions applicables sur le champ du travail social**

### *1.2.1. Suppression de l'indemnisation des personnes exerçant des fonctions de correcteur/examineur pour les épreuves concourant à la certification et effectuées sous la responsabilité des établissements de formation*

L'indemnisation des personnes exerçant des fonctions de correcteurs (chargés de la correction des épreuves écrites) / examinateurs (au titre des épreuves orales), pour des épreuves concourant à la certification et effectuées sous la responsabilité des établissements de formation est supprimée.

Ces épreuves relèvent en effet de la responsabilité propre de chaque établissement de formation qui en assure l'organisation et le suivi, dans des conditions permettant de garantir la qualité de la certification finale. Par ailleurs, il convient de rappeler que les épreuves assimilées à du contrôle continu n'ouvrent pas droit à indemnisation.

Les DRJSCS et les DJSCS annexent, à l'arrêté de composition du jury de certification leur propre liste d'experts et de personnalités qualifiées sur laquelle sont mentionnés l'ensemble des examinateurs/correcteurs non membres du jury final.

Pour chaque établissement de formation, en charge de l'organisation de certaines épreuves, elles annexent également à l'arrêté, la liste des experts des établissements de formation, transmise par ces derniers, afin qu'ils puissent disposer d'un vivier d'examineurs et de correcteurs pour les épreuves dont l'organisation leur incombe (convocation des étudiants, des examinateurs, organisation des épreuves...).

### *1.2.2. Indemnisation des examinateurs et correcteurs pour les épreuves organisées par les DRJSCS*

Les examinateurs (au titre des épreuves orales) et correcteurs (chargés de la correction des épreuves écrites) participant aux épreuves contribuant à la certification, fixées règlementairement par les textes relatifs aux diplômes de travail social peuvent prétendre à une indemnisation, lorsque ces épreuves sont organisées par les DRJSCS, autorités certificatrices. Celles-ci organisent alors la ou les épreuves concernées au niveau régional, assurent la convocation des candidats ainsi que celle des membres des jurys.

L'annexe 1 jointe ci-après précise, pour chacun des diplômes de travail social concerné, les épreuves susceptibles de faire l'objet d'une indemnisation, ainsi que le niveau d'indemnisation. Elle constitue le cadre de mise en œuvre des modalités de rémunération des personnes de droit privé, participant à des activités de certification exercées à titre accessoire, dans le champ des diplômes de travail social.

Concernant l'organisation de la délibération finale : les membres des jurys participant à cette délibération peuvent être indemnisés. Les DRJSCS et DJSCS certificatrices veilleront toutefois à

garantir la participation de chaque collègue y étant représenté en veillant à ne convoquer pour ces délibérations, que le nombre de membres de jurys requis au minimum compte tenu de la réglementation afférente à chaque diplôme concerné.

### *1.2.3. Date d'entrée en vigueur des nouvelles dispositions applicables sur le champ du travail social*

Les dispositions de la présente instruction entrent en vigueur à compter de sa publication sur le site Légifrance.

## **II. – LES PROCÉDURES DE GESTION ET DE PAIEMENT DES FRAIS DE JURYS PAR L'ASP**

L'État a conclu avec l'Agence de services et de paiement (ASP), le 15 mai 2012, une convention pluriannuelle qui prévoit l'extension des prestations réalisées par l'ASP à la gestion de certaines tâches administratives liées aux processus de certification intervenant à l'issue de la formation, en vue de l'obtention des diplômes de travail social.

En sus de la gestion en amont des processus VAE pour les diplômes de travail social et d'auxiliaires médicaux, l'ASP s'est vu confier les missions suivantes :

- une partie de la gestion administrative des sessions de certification à l'issue de la formation préparant aux diplômes de travail social, en lien avec les DRJSCS ;
- depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, la gestion centralisée des frais de jurys pour les certifications sociales relevant du champ de compétence des DRJSCS (gestion des dossiers de remboursement de frais de déplacement et indemnisation des membres de jury pour la VAE et la certification classique).

Deux axes seront traités ci-après :

D'une part, l'instruction rappelle les responsabilités des différents acteurs ainsi que la répartition des tâches entre eux, de façon à fluidifier le circuit des transmissions centralisées au niveau de l'ASP.

D'autre part, elle définit, pour chacun des cas de figure existants en matière de certification, les éléments de procédure applicables.

Le terme « session » utilisé ci-après recouvre les épreuves de certification organisées par les DRJSCS, ainsi que les jurys finaux en DRJSCS.

### **II.1. Répartition des tâches entre DRJSCS et ASP, pour l'ensemble des prestations afférentes à la gestion et au paiement des frais de jury**

#### *II.1.1. Les tâches relevant de la responsabilité des DRJSCS*

Il appartient aux DRJSCS :

- d'organiser les sessions de certification ;
- de concevoir et de créer les calendriers des sessions de certification, de convoquer les candidats et membres de jurys ;
- d'assurer, lors des réunions préparatoires, l'information des membres de jurys sur le respect de la procédure pour la gestion de leurs frais ;
- de renseigner par session de certification classique, le tableau de synthèse permettant pour chaque session, de disposer de la liste des membres des jurys concernés et des prestations réalisées (cf. annexe 4) : l'ASP utilisera ce tableau pour effectuer d'emblée la saisie dans Odessa des membres de jurys à indemniser et des vacations réalisées, dès lors qu'elle aura réceptionné l'état de frais dûment complété transmis par le membre du jury ;
- d'éditer l'état liquidatif de frais, de le signer après contrôle, pour certifier le service fait, et de le renvoyer dans les meilleurs délais à l'UNACCESS-ASP afin de permettre la mise en paiement des états de frais.

#### *II.1.2. Les tâches relevant de la responsabilité de l'ASP*

L'ASP gère la saisie des frais de jurys sur la base des tableaux de synthèse transmis par les DRJSCS. Elle procède à la vérification des états de frais et au paiement des vacations et des frais de mission (déplacements, restauration et nuitées éventuelles).



Dans le cadre de ces tâches, elle assure :

- l’envoi, de documents types, supports harmonisés communs à l’ensemble des DRJSCS, pour les demandes d’indemnisation transmises par les membres des jurys ;
- la réception, l’enregistrement et la gestion des dossiers de frais de mission des membres de jurys, (cf. annexe 3.1, 3.2, 3.3) ;
- la demande de pièces manquantes auprès des membres de jury ;
- l’édition et l’envoi des avis de paiement aux membres de jury ;
- le règlement des cotisations sociales, fonction de la situation des membres des jurys ;
- le suivi statistique des paiements ;
- la mise à jour de la base de données des jurys ;
- l’archivage des dossiers et principalement des pièces jointes (sous forme scannée) ;
- l’accompagnement, par une assistance technique, des DRJSCS, sur l’utilisation du module de l’application « état de frais » qui leur permet de consulter l’avancement du paiement des membres de jurys ;
- la mise en place d’un système d’alerte automatisé, rappelant aux DRJSCS la nécessité de retourner l’état liquidatif validé à l’ASP ;
- le contrôle comptable interne aléatoire des paiements ;
- le suivi comptable des dépenses engagées.

Par ailleurs, elle met à disposition des membres des jurys, une plate-forme de services. Celle-ci permet :

- de répondre aux demandes d’information des membres de jurys concernant l’état d’avancement de leur dossier, grâce au centre d’appel mis en place pour la VAE (numéro Azur VAE) ;
- d’accéder à un espace professionnel dédié aux membres de jurys, disponible sur le Portail internet : <http://vae.asp-public.fr>, permettant de disposer de diverses informations relatives aux modalités de rémunération des membres de jurys, et permettant l’accès aux formulaires standardisés vierges pour les états de frais ainsi qu’aux tableaux détaillant les montants réglementaires des taux de vacation et des frais de mission remboursés. Pour consulter l’espace professionnel, le membre de jury doit compléter le formulaire de demande d’accès disponible dans la rubrique « Espace professionnel » en indiquant son nom (nom de famille et nom d’usage) et prénom, son adresse courriel professionnelle (ou à défaut personnelle), un mot de passe de son choix et sa région d’intervention en tant que membre de jury. Sa demande est prise en compte, après vérification des informations communiquées et son compte est activé sous 72 heures. Le membre de jury reçoit alors une confirmation par courriel.

## **II.2. Mise en œuvre des procédures applicables à la gestion centralisée des frais de jurys pour les diplômés professionnels du champ social**

Depuis janvier 2012, l’ASP prend en charge la gestion d’états de frais de membres de jurys correspondant à trois situations, fonction de la nature du parcours de l’étudiant (VAE ou certification classique), et selon qu’il s’agit de sessions de certification organisées en DRJSCS ou en établissements de formation pour les certifications classiques.

À compter de la date de publication de la présente instruction, les frais de jurys correspondant à des épreuves réalisées en établissements de formation pour les diplômés de travail social ne sont plus prises en charge par l’ASP.

Les procédures applicables à chacune de ces situations sont précisées ci-après et résumées sous forme de logigrammes (cf. annexes 2.1 et 2.2).

### *II.2.1. Jurys organisés par les DRJSCS dans le cadre de la VAE avec l’appli Odessa*

L’ASP adresse au membre de jury VAE, avec sa convocation, un état de frais et une enveloppe rédigée à l’adresse de l’Unité nationale d’appui aux certifications sanitaires et sociales de l’ASP (UNACCESS ASP).

- Lors de la session de VAE, la DRJSCS doit rappeler aux membres des jurys les points suivants :
- tout renvoi incomplet suspend le traitement du dossier par l’ASP et est susceptible de retarder l’instruction et le paiement du membre du jury et de ses collègues, dans le cadre des process actuellement mis en place par Odessa ;
  - la date de session est à reporter sur l’état de frais ;

- toute modification de situation, quelle qu'elle soit, doit être signalée et faire l'objet, concomitamment à l'envoi du dossier, de la transmission des pièces justificatives. (ex: changement de références bancaires, adresse...);
- l'ensemble de ces éléments doit être transmis sans délai à l'ASP.

À l'issue des entretiens VAE, le membre du jury adresse à l'ASP, dans l'enveloppe, l'état de frais dûment complété, signé et accompagné des pièces justificatives listées au dos de l'état de frais. Un état de frais est impérativement établi pour chaque session.

Les DRJSCS ne sont pas concernées par ce circuit direct ASP/membres des jurys; elles n'effectuent donc aucun contrôle à ce stade du circuit.

À réception du dossier, l'ASP adresse un accusé de réception au membre du jury. L'ASP établit un projet d'état liquidatif par session de VAE consultable par les DRJSCS dans ODESSA.

Les DRJSCS contrôlent l'état liquidatif, transmettent à l'ASP les éléments rectificatifs éventuels, attestent du service fait et valident l'état liquidatif. Cette validation conditionne la mise en paiement par l'ASP des dépenses engagées.

L'ASP, après avoir réalisé les corrections éventuelles requises par les DRJSCS, au vu de l'état validé, assure le paiement, règle les cotisations sociales, édite et envoie un avis de paiement aux membres de jurys ainsi qu'une fiche de paie.

#### *II.2.2. Les sessions de certification classique organisées par les DRJSCS hors VAE (sans utilisation d'ODESSA)*

Avant toute session de certification, l'ASP transmet sous 48h, aux DRJSCS qui en ont fait la demande, des états de frais vierges, accompagnés d'une notice explicative. Les DRJSCS doivent anticiper leurs demandes auprès de l'ASP afin d'adresser aux membres de jurys, avec leur convocation, un état de frais préalablement à la tenue du jury.

Lors de la session de certification, la DRJSCS doit rappeler aux membres des jurys les points suivants:

- tout envoi incomplet suspend le traitement du dossier par l'ASP et retarde d'autant le paiement du membre du jury et des autres membres du jury;
- la date de session ainsi que le diplôme concerné sont à reporter sur l'état de frais;
- toute modification de situation, quelle qu'elle soit, doit être signalée et faire l'objet, concomitamment à l'envoi du dossier, de la transmission de l'ensemble des pièces justificatives. (ex: changement de références bancaires, adresse...).

À l'issue de chaque session:

- le membre du jury adresse à l'ASP, sans délai et au plus tard dans les quinze jours suivant la fin de la session de certification, l'état de frais dûment complété, signé et accompagné des pièces justificatives listées au dos de l'état de frais. Un état de frais doit être impérativement établi pour chaque session. À réception, l'ASP adresse un accusé de réception au membre du jury;
- les DRJSCS doivent impérativement renseigner et retourner un tableau de synthèse à l'ASP pour chaque session, préalablement à la saisie des états de frais transmis par les membres des jurys. Ce tableau intègre les informations relatives aux vacations à rémunérer par session, qui ne sont plus renseignées par le membre de jury.

La transmission rapide à l'ASP de ce tableau est indispensable pour contribuer à réduire les délais actuellement enregistrés dans le cadre du paiement des frais de jurys. Le tableau de synthèse de type Excel, joint en annexe 4 est fortement préconisé. Cependant, tout document interne d'une DRJSCS reprenant les mêmes informations, pourra être utilisé par l'ASP.

L'ASP procède, à partir du tableau de synthèse fourni par les DRJSCS, à la saisie dans Odessa, des informations relatives à la session en cours de traitement et les complète à partir des états de frais transmis par les membres des jurys, avec les informations relatives aux frais de mission.

Les DRJSCS envoient les factures de restauration collective certifiées, dans une enveloppe affranchie.

L'ASP établit un projet d'état liquidatif par session de certification consultable par les DRJSCS dans ODESSA.

Les DRJSCS contrôlent l'état liquidatif dans l'applicatif, transmettent à l'ASP les éléments rectificatifs éventuels, attestent du service fait et valident l'état liquidatif. Cette validation conditionne la mise en paiement par l'ASP des dépenses engagées.

L'ASP réalise les corrections éventuelles, puis au vu de l'état validé, assure le paiement des membres de jurys, règle les cotisations sociales, édite et envoie un avis de paiement à chacun des membres ainsi qu'une fiche de paie.

Nous vous remercions par avance de votre implication qui doit conduire l'ensemble des acteurs à respecter les procédures définies dans l'objectif de fluidifier les circuits de transmission des informations et de validation des paiements, pour raccourcir les délais de traitement des dossiers et d'indemnisation des membres des jurys et améliorer ainsi la gestion centralisée des frais de jury dans le cadre des certifications.

Pour la ministre et par délégation :  
*La cheffe du service des politiques d'appui,  
adjointe à la directrice générale  
de la cohésion sociale,*  
V. MAGNANT

## ANNEXE 1

### RÈGLES APPLICABLES À LA RÉMUNÉRATION DES PERSONNES PARTICIPANT À DES ACTIVITÉS DE CERTIFICATION EXERCÉES À TITRE ACCESSOIRE DANS LE CHAMP DES DIPLÔMES DE TRAVAIL SOCIAL

La présente annexe a pour objet de définir les règles applicables à l'indemnisation des personnes qui participent aux épreuves concourant à la certification des diplômes de travail social par les DRJSCS.

#### 1. Périmètre de l'indemnisation pour les diplômes de travail social et pièces à produire à l'appui de la demande d'indemnisation

Les diplômes et examens concernés par la présente instruction sont :

Pour le groupe I : diplôme d'État d'ingénierie sociale (DEIS).

Pour le groupe II :

- certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale (CAFERUIS);
- diplôme d'État de médiateur familial (DEMF);
- diplôme d'État d'éducateur de jeunes enfants (DEEJE);
- diplôme d'État d'assistant de service social (DEASS);
- épreuve d'aptitude pour l'accès à la profession d'assistant de service social des ressortissants d'un État membre de l'Union européenne;
- validation du stage d'adaptation pour l'accès à la profession d'assistant de service social.

Pour le groupe IV :

- diplôme d'État de technicien de l'intervention sociale et familiale (DETISF);
- diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS);
- diplôme d'État d'aide médico - psychologique (DEAMP);
- diplôme d'État d'assistant familial (DEAF);
- examen de niveau pour l'accès aux formations d'assistant de service social, d'éducateur spécialisé et d'éducateur de jeunes enfants.

*Nota bene* : L'examen de validation du second module de l'attestation nationale de formateur de terrain n'est plus rémunéré sur les crédits délégués à l'ASP.

Pour permettre l'indemnisation (rémunération et/ou remboursement des frais de déplacement, rémunération), devront être présentées :

- les convocations (valant ordre de mission) ainsi que la justification du « service fait » :
  - attestation de la DRJSCS (type d'épreuves et nombre de copies corrigées) pour les correcteurs;
  - liste de présence avec émargement pour les autres participants.

#### 2. Détermination du montant de la rémunération

##### 2.1. Textes réglementant les diplômes de travail social et les diplômes d'auxiliaires médicaux

Pour chaque diplôme mentionné au 1.2, les épreuves sont définies dans les textes réglementaires qui créent et organisent les référentiels de certification des diplômes. L'ensemble des textes applicables pour chaque diplôme est référencé ci-après, de même que la répartition des diplômes par groupe de rémunération.

##### 2.2. Répartition des diplômes par groupe de rémunération

Le montant de la rémunération est différencié selon le niveau du diplôme de travail social visé par le candidat.

Chaque diplôme est classé dans un groupe (groupes 1 à 4). Ce classement conditionne les groupes de rémunération applicables et donc le montant applicable, conformément aux dispositions de l'arrêté du 30 août 2011 fixant la rémunération des personnes participant à des activités de certification exercées à titre accessoire dans le champ des diplômes sanitaires et de travail social.

### 2.3. Calcul du montant de la rémunération

Les montants sont ceux fixés par l'arrêté du 30 août 2011 précité. La revalorisation des montants fixés ne peut intervenir que dans le cadre d'un nouvel arrêté.

#### 2.3.1. Pour la correction des épreuves écrites des diplômes de travail social

L'indemnisation des épreuves écrites ne se fait qu'en fonction du nombre de copies corrigées et concerne uniquement les épreuves organisées par les DRJSCS.

Pour chaque groupe, les montants en euros pour la correction d'une copie, sont fixés en référence au 1° du III de l'article 2 de l'arrêté du 30 août 2011 précité.

#### 2.3.2. Pour les épreuves orales des diplômes de travail social organisées par les DRJSCS

L'arrêté distingue deux types d'épreuves orales :

- les épreuves orales avec, au préalable, un travail préparatoire d'étude de dossier ou de mémoire (2° du III de l'article 2) ;
- les épreuves orales ne nécessitant pas de travail préparatoire spécifique (3° du III de l'article 2).

Les tableaux ci-après listent, pour chaque diplôme concerné, les épreuves écrites et orales et indique pour chacune, le nombre maximal de vacations à appliquer par candidat et par membre de jury, en fixant comme principe de base qu'une vacation correspond à environ quatre heures.

#### 2.3.3. Pour les entretiens réalisés dans le cadre de la VAE

Comme précédemment, le temps global fixé pour l'entretien est de 1 heure, travail préparatoire d'étude de dossier inclus, soit ¼ de vacation, sur la base du montant de vacation spécifié au IV de l'article 2 de l'arrêté du 30 août précité.

#### 2.3.4. Pour la participation au fonctionnement du jury

La participation au fonctionnement du jury (réunions préparatoires, délibérations finales.) peut être indemnisée dans la limite maximale d'1 vacation, sur la base du montant de vacation spécifié au II de l'article 2 de l'arrêté du 30 août 2011 précité.

#### 2.3.5. Pour l'élaboration d'un sujet et d'un corrigé type

L'article 2 (II) de l'arrêté du 30 août 2011 précité prévoit qu'une indemnisation forfaitaire maximale correspondant au montant dû pour quatre heures (soit 1 vacation) peut être attribuée aux membres de jurys et correcteurs associés qui auront élaboré un sujet et un corrigé type.

## 3. Contributions sociales et fiscales

Conformément à la réglementation en vigueur :

- les indemnités versées aux agents titulaires des fonctions publiques d'État, territoriale ou hospitalière doivent être minorées des cotisations sociales que sont la contribution sociale généralisée (CSG), la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) et la contribution solidarité (CS) ;
- les indemnités versées aux agents non titulaires de la fonction publique doivent être minorées des charges et cotisations sociales (sécurité sociale, pension, CSG, CRDS, et C.S).

De plus, les agents titulaires de la fonction publique, examinateurs et correcteurs, doivent avoir demandé au préalable une autorisation de cumul des rémunérations auprès de leur direction ou service du personnel. Cette mesure vise d'une part, à éviter tout dépassement du cumul autorisé et d'autre part, à permettre d'établir un état complet des sommes perçues par l'agent à déclarer à l'administration fiscale.

## 4. Synthèse des épreuves pouvant faire l'objet d'une indemnisation, en application du décret du 5 mars 2010 modifié relatif à la rémunération des agents publics participant, à titre d'activité accessoire, à des activités de formation et de recrutement

### 4.1. Diplôme relevant du groupe 1 de rémunération

#### Diplôme d'État d'ingénierie sociale (DEIS)

| NATURE DE L'ÉPREUVE                     | INTITULÉ DE L'ÉPREUVE  | RÉMUNÉRATION BRUTE/<br>membre de jury et par candidat |
|---|--|---|
| Épreuve orale avec travail préparatoire | Production et soutenance d'un mémoire de recherche à dimension professionnelle (DC1) | 12/16 de vacation soit 112,50 € bruts                 |

#### 4.2. Diplômes relevant du groupe 2 de rémunération

##### Diplôme d'État d'assistant de service social (DEASS)

| NATURE DE L'ÉPREUVE                     | INTITULÉ DE L'ÉPREUVE   | RÉMUNÉRATION BRUTE/<br>membre de jury et par candidat |
|---|---|---|
| Épreuve écrite                          | Implication dans les dynamiques partenariales, institutionnelles et interinstitutionnelles : connaissance des politiques sociales (DC4) | 3,15 € brut /copie                                    |
| Épreuve orale avec travail préparatoire | Expertise sociale : soutenance d'un mémoire d'initiation à la recherche dans le champ professionnel (DC2)                               | 7/16 de vacation soit 32,80 € brut                    |
| Épreuve orale avec travail préparatoire | Intervention professionnelle en service social: soutenance d'un dossier de pratiques professionnelles (DC1)                             | 5/16 de vacation soit 23,44 € brut                    |

##### Diplôme d'État d'éducateur de jeunes enfants (DEEJE)

| NATURE DE L'ÉPREUVE                     | INTITULÉ DE L'ÉPREUVE   | RÉMUNÉRATION BRUTE/<br>membre de jury et par candidat |
|---|---|---|
| Épreuve écrite                          | Dynamiques institutionnelles, interinstitutionnelles et partenariales: note de synthèse (DC4) | 3,15 € brut/copie                                     |
| Épreuve écrite                          | Communication professionnelle (DC3)   | 3,15 € brut/copie                                     |
| Épreuve orale avec travail préparatoire | Accueil et accompagnement du jeune enfant et de sa famille: soutenance d'un mémoire (DC1)     | 7/16 de vacation soit 32,80 € brut                    |
| Épreuve orale avec travail préparatoire | Action éducative en direction du jeune enfant: oral démarche éducative (DC2)                  | 7/16 de vacation soit 32,80 € brut                    |

##### Diplôme d'État de médiateur familial (DEMF)

| NATURE DE L'ÉPREUVE                     | INTITULÉ DE L'ÉPREUVE  | RÉMUNÉRATION BRUTE/<br>membre de jury et par candidat |
|---|--|---|
| Épreuve orale avec travail préparatoire | Création et maintien d'un espace tiers de médiation: soutenance d'un mémoire (DC2) | 7/16 de vacation soit 32,80 € brut                    |

##### Certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unités d'intervention (CAFERUIS)

| NATURE DE L'ÉPREUVE                     | INTITULÉ DE L'ÉPREUVE   | RÉMUNÉRATION BRUTE/<br>membre de jury et par candidat |
|---|---|---|
| Épreuve orale avec travail préparatoire | Conception et conduite de projets / évaluation – développement de la qualité: soutenance d'un mémoire (DC1/DC6) | 7/16 de vacation soit 32,80 € brut                    |

#### 4.3. Diplôme relevant du groupe 4 de rémunération

##### Diplôme d'État de technicien de l'intervention sociale et familiale (DETISF)

| NATURE DE L'ÉPREUVE                     | INTITULÉ DE L'ÉPREUVE   | RÉMUNÉRATION BRUTE/<br>membre de jury et par candidat |
|---|---|---|
| Épreuve écrite                          | Contribution au développement de la dynamique familiale (DC5)   | 1,40 € brut /copie                                    |
| Épreuve orale avec travail préparatoire | Conduite du projet d'aide à la personne : soutenance d'un dossier de pratiques professionnelles (DC1) | 3/16 de vacation soit 4,69 € brut                     |

##### Diplôme d'État d'aide médico-psychologique (DEAMP)

| NATURE DE L'ÉPREUVE                     | INTITULÉ DE L'ÉPREUVE  | RÉMUNÉRATION BRUTE/<br>membre de jury et par candidat |
|---|--|---|
| Épreuve écrite                          | Connaissance de la personne: (DC1)   | 1,40 € brut /copie                                    |
| Épreuve écrite                          | Soutien médico-psychologique: (DC4)  | 1,40 € brut /copie                                    |
| Épreuve écrite                          | Communication professionnelle et vie institutionnelle: (DC6)   | 1,40 € brut /copie                                    |
| Épreuve orale avec travail préparatoire | Accompagnement éducatif et aide individualisée dans les actes de la vie quotidienne : soutenance d'un CR d'interventions (DC2) | 3/16 de vacation soit 4,69 € brut                     |

Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS)

| NATURE DE L'ÉPREUVE                     | INTITULÉ DE L'ÉPREUVE   | RÉMUNÉRATION BRUTE/<br>membre de jury et par candidat |
|---|---|---|
| Épreuve écrite                          | Connaissance de la personne: épreuve écrite de 1 h 30 basée sur un questionnaire (DC1)  | 1,40 € brut /copie                                    |
| Épreuve écrite                          | Communication professionnelle et vie institutionnelle: épreuve écrite de 2 h basée sur un questionnaire (DC6)   | 1,40 € brut /copie                                    |
| Épreuve orale avec travail préparatoire | Participation à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet individualisé : soutenance orale d'un dossier de pratiques professionnelles (DC 5) | 3/16 de vacation soit 4,69 € brut                     |

Diplôme d'État d'assistant familial (DEAF)

| NATURE DE L'ÉPREUVE                     | INTITULÉ DE L'ÉPREUVE   | RÉMUNÉRATION BRUTE/<br>membre de jury et par candidat |
|---|---|---|
| Épreuve écrite                          | Accompagnement éducatif de l'enfant: étude de cas (DC2)                                   | 1,40 € brut /copie                                    |
| Épreuve orale avec travail préparatoire | Accueil et intégration de l'enfant dans sa famille d'accueil: entretien sur dossier (DC1) | 3/16 de vacation soit 4,69 € brut                     |
| Épreuve orale avec travail préparatoire | Communication professionnelle: entretien sur la base du livret de formation (DC3)         | 3/16 de vacation soit 4,69 € brut                     |

Examen de niveau pour l'accès aux formations d'assistant de service social, d'éducateur spécialisé et d'éducateur de jeunes enfants

| NATURE DE L'ÉPREUVE | INTITULÉ DE L'ÉPREUVE                                      | RÉMUNÉRATION BRUTE/<br>membre de jury et par candidat |
|---------------------|--|---|
| Épreuve écrite      | Rédaction d'un exposé sur une question d'ordre général     | 1,40 € brut/copie                                     |
| Épreuve écrite      | Étude d'un texte argumentatif                              | 1,40 € brut/copie                                     |
| Épreuve écrite      | Questionnaire d'actualité économique, politique et sociale | 1,40 € brut/copie                                     |

**5. Factures de prestataires**

Les DRJSCS transmettent à l'ASP les factures de restauration collective certifiées et accompagnées de la liste nominative des bénéficiaires, et des sessions de certification identifiées, dans une enveloppe affranchie. Il est rappelé que cette pratique doit rester résiduelle, dans la mesure où elle induit une surcharge de travail pour l'ASP et des DRJSCS, notamment en termes de contrôle des états de frais. Le choix des prestataires doit également faire l'objet d'une négociation préalable des tarifs qui doivent, en cas de recours à ce type de prestation, être strictement inférieurs aux tarifs qui seraient pris en charge à titre individuel.



ANNEXE 2

| Processus Certification initiale – DRJSCS et EFSS |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |   |
|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|---|
| ACTEURS   | DRJSCS  | ASP   | DRJSCS  | DRJSCS  | Membre de jury  | La Poste  | ASP  | ASP  | DRJSCS   | ASP  | ASP  | ASP  | Banque de France Réseau bancaire   |   |
| PHASES  | Organisation des sessions hors ODESSA   | Envoi aux DRJSCS  | Remise aux jurys  | Organisation des sessions   | Transmission EFI  | Transmission EFI  | Réception des états de frais envoyés par les jurys   | ASP  | ASP  | ASP  | DRJSCS   | ASP  | ASP  | ASP   |
| ETAPES  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Planification des sessions</li> <li>* Affectation des candidats et jurys par session</li> </ul>                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Etats de frais standardisés</li> <li>* Enveloppes T</li> <li>* Notice d'information</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Etats de frais standardisés</li> <li>* Enveloppes T</li> <li>* Notice d'information</li> </ul>                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Transmission à l'ASP du tableau de synthèse après la session</li> </ul>                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Déroulement de la session</li> <li>* Etat de frais renseigné</li> <li>* pièces justificatives</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* délais postaux</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Création du jury sous ODESSA</li> <li>* Création d'une session</li> <li>* Enregistrement de l'état de frais (envoi d'un accusé de réception aux jurys)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Instruction des dossiers par session</li> <li>* Demande et suivi des pièces manquantes</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Envoi par DRJSCS pour validation</li> </ul>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Corrections éventuelles et retour pour validation DRJSCS</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Contrôle des états liquidatifs et retour ASP</li> </ul>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Certification, après validation DRJSCS, des états prêts à être payés</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Mise en paiement par intégration des états liquidatifs à l'arrêt de saisie et envoi des fiches de paie</li> <li>* Sous réserve de trésorerie, intégration dans l'outil de paiement</li> <li>* Envoi du flux de données à la Banque de France</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* délais interbancaires</li> </ul>   |
| DELAIS CIBLES en jours ouvrés                     | 1-2 j   | 1-2 j   |   |   |   |   | 1 mois   | 3 mois   | 15 jours   | 15 jours   | 15 jours   | 15 jours   | 5 jours  |   |
|   |   |   |   |   |   |   | Risque d'augmentation du délai si non transmis   |  |  |  |  |  | Risque d'augmentation du délai si  |   |
| Processus VAE                                     |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |   |
| ACTEURS   | DRJSCS  | ASP   | ASP   | Membre de jury  | La Poste  | ASP   | ASP  | ASP  | DRJSCS   | ASP  | DRJSCS   | ASP  | Banque de France Réseau bancaire   |   |
| PHASES  | Organisation des sessions par ODESSA et création des jurys  | Envoi aux DRJSCS  | Envoi aux jurys   | Transmission EFI  | Transmission EFI  | Réception des états de frais  | Instruction des dossiers par session   | ASP  | ASP  | ASP  | DRJSCS   | ASP  | ASP  |   |
| ETAPES  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Planification des sessions</li> <li>* Affectation des candidats et jurys par session (Création des jurys dans ODESSA)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Saisie des calendriers des sessions</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Etat de frais standardisés et enveloppes T</li> <li>* Convocation et plan d'accès</li> <li>* Notice d'information</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Déroulement de la session</li> <li>* Etat de frais renseigné</li> <li>* pièces justificatives</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* délais postaux</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Enregistrement de l'état de frais dans ODESSA+ (envoi d'un accusé de réception aux jurys)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Envoi par ODESSA des états liquidatifs aux DRJSCS pour validation</li> <li>* Demande et suivi des pièces manquantes</li> </ul>                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Envoi par DRJSCS pour validation</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Contrôle des états liquidatifs et retour ASP</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Corrections éventuelles et retour pour validation DRJSCS</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Certification, après validation DRJSCS, des états prêts à être payés</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Mise en paiement par intégration des états liquidatifs à l'arrêt de saisie tous les 15 jours et envoi des fiches de paie</li> <li>* Sous réserve de trésorerie, intégration dans l'outil de paiement</li> <li>* Envoi du flux de données à la Banque de France</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>* délais interbancaires</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Classer / Archiver nécessaires au paiement : RIB, carte grise et fiche de paie</li> <li>* Archiver des états de frais</li> </ul> |
| DELAIS CIBLES en jours ouvrés                     | 1-2 j   | 1-2 j   |   |   |   | 1 mois  | 2 mois   | 15 jours   | 15 jours   | 15 jours   | 15 jours   | 15 jours   | 5 jours  |   |
|   |   |   |   |   |   |   | Risque d'augmentation du délai si retard validation  |  |  |  |  |  | Risque d'augmentation du délai si trésorerie non disponible  |   |



ANNEXE 3.1

MINISTÈRE CHARGE DES AFFAIRES  
SOCIALES



MINISTÈRE CHARGE DE LA SANTE

**ETAT DE FRAIS POUR L'INDEMNISATION D'UN MEMBRE DE JURY  
DE VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPERIENCE  
POUR LES DIPLOMES SANITAIRES ET SOCIAUX**

**1 état par session**

A renvoyer sans délai après la tenue des épreuves et ou jurys et accompagné de l'ensemble des pièces requises\*

*Toutes les rubriques sont obligatoires et doivent être complétées*

**DRJSCS** : .....

Diplôme : ..... Session du ...../...../..... au ...../...../.....

Nom d'usage : ..... Nom de naissance : ..... Prénom : .....

Sexe : M  F

Date de naissance : ...../...../..... Commune : ..... Département : .....

Pays : .....

Nationalité : Française  Ressortissant UE  Autre nationalité

Numéro de sécurité sociale :

**Adresse personnelle :**

.....  
.....  
.....

Code postal : ..... Ville : .....

Email : .....

Téléphone : Fixe : ..... Portable : .....

**Situation professionnelle :**

Fonctionnaire en activité       Non fonctionnaire en activité       Retraité (fonctionnaire ou non fonctionnaire)

Nom de l'employeur : .....

Adresse professionnelle : .....

.....  
.....

Code postal : ..... Ville : .....

Email : .....

Téléphone : Fixe : ..... Portable : .....

**VACATION**

Je demande le paiement des vacances effectuées (cochez la case correspondante) :  
*Le paiement sera réalisé à partir des éléments transmis et certifiés par la DRJSCS*

Oui

Non

\* Le respect des délais et la complétude des dossiers sont indispensables à la bonne gestion des états de frais par l'ASP

**FRAIS DE DEPLACEMENT (\*)**

Nombre de repas à votre charge [\_\_\_\_]  
 Nombre de nuitées [\_\_\_\_]

Nombre de repas collectifs ou offerts [\_\_\_\_]  
 Puissance fiscale du véhicule [\_\_\_\_]

| ALLER      |         |         | RETOUR     |         |         | Moyen de transport<br>(véhicule personnel, de service, train, avion, autres...) | Total km<br>(si utilisation véhicule) |
|------------|---------|---------|------------|---------|---------|---|---------------------------------------|
| Date       | Départ  | Arrivée | Date       | Départ  | Arrivée |   |                                       |
| --/--/---- | Heure : | Heure : | --/--/---- | Heure : | Heure : |   |                                       |
|            | Ville : | Ville : |            | Ville : | Ville : |   |                                       |
| --/--/---- | Heure : | Heure : | --/--/---- | Heure : | Heure : |   |                                       |
|            | Ville : | Ville : |            | Ville : | Ville : |   |                                       |
| --/--/---- | Heure : | Heure : | --/--/---- | Heure : | Heure : |   |                                       |
|            | Ville : | Ville : |            | Ville : | Ville : |   |                                       |
| --/--/---- | Heure : | Heure : | --/--/---- | Heure : | Heure : |   |                                       |
|            | Ville : | Ville : |            | Ville : | Ville : |   |                                       |
| --/--/---- | Heure : | Heure : | --/--/---- | Heure : | Heure : |   |                                       |
|            | Ville : | Ville : |            | Ville : | Ville : |   |                                       |

(\*) Si vous revenez à votre domicile ou votre lieu de travail tous les jours, vous devez remplir 2 lignes pour chaque journée de déplacement.

**LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES**

- Relevé d'identité bancaire  
(au premier paiement, puis à chaque modification de compte – pour les comptes joints, fournir une copie du livret de famille)
- Bulletin de salaire de l'année en cours (si fonctionnaire en activité)
- Justificatif de pension (si retraité)
- Original de la facture d'hôtel
- Originiaux de billets de train / billets d'avion (veuillez préciser si ces billets ont été fournis par la DRJSCS)
- Originiaux de tickets de transport collectif (bus, métro...)
- Si utilisation de véhicule personnel, copie de la carte grise (au premier paiement, puis à chaque changement de véhicule)
- Originiaux des reçus de parking/ péage
- Autres (à préciser).....

|   |
|---|
| <p><b>Certifié exact,</b></p> <p>Fait à.....<br/>                 le...../...../.....</p> <p>Signature de l'intéressé(e),</p> |
|---|

**Retourner cet état de frais complet et signé à :**

ASP- UNACCESS  
 Service Frais de jury  
 15, rue Léon Walras - CS 70902  
 87017 LIMOGES Cedex 1

ANNEXE 3.2

MINISTÈRE CHARGÉ DES AFFAIRES  
SOCIALES



MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

**ETAT DE FRAIS POUR L'INDEMNISATION DES MEMBRES DE JURY  
EPREUVES DE CERTIFICATION DES DIPLOMES SANITAIRES ET SOCIAUX  
ORGANISEES PAR LES DRJSCS**

**1 état par session**

A renvoyer sans délai après la tenue des épreuves et ou jurys et accompagné de l'ensemble des pièces requises\*

*Toutes ces rubriques sont obligatoires et doivent être complétées*

**DRJSCS :** .....

Diplôme : ..... Date de session : Mois ..... / Année : .....

Lieu du jury : .....

Nom d'usage : ..... Nom de naissance : ..... Prénom : .....

Sexe : M  F

Date de naissance : .../.../..... Commune : ..... Département : .....

Pays : .....

Nationalité : Française  Ressortissant UE  Autre nationalité

Numéro de sécurité sociale :

**Adresse personnelle :**

.....  
.....

Code postal : ..... Ville : .....

Email : .....

Téléphone : Fixe : ..... Portable : .....

**Situation professionnelle :**

Fonctionnaire en activité       Non fonctionnaire en activité       Retraité (fonctionnaire ou non fonctionnaire)

Nom de l'employeur : .....

Adresse professionnelle : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Email : .....

Téléphone : Fixe : ..... Portable : .....

**Collèges :**

Formateur       Employeur       Salarié       Personne qualifiée       Autres (à préciser)

**VACATION**

Je demande le paiement des vacances effectuées (cochez la case correspondante) :

*Le paiement sera réalisé à partir des éléments transmis et certifiés par la DRJSCS*

Oui

Non

\* Le respect des délais et la complétude des dossiers sont indispensables à la bonne gestion des états de frais par l'ASP

**FRAIS DE DEPLACEMENT (\*)**

Nombre de repas à votre charge [\_\_\_\_]  
 Nombre de nuitées [\_\_\_\_]

Nombre de repas collectifs ou offerts [\_\_\_\_]  
 Puissance fiscale du véhicule [\_\_\_\_]

| ALLER      |         |         | RETOUR     |         |         | Moyen de transport<br>(véhicule personnel, de service, train, avion, autres...) | Total km<br>(si utilisation véhicule) |
|------------|---------|---------|------------|---------|---------|---|---------------------------------------|
| Date       | Départ  | Arrivée | Date       | Départ  | Arrivée |   |                                       |
| --/--/---- | Heure : | Heure : | --/--/---- | Heure : | Heure : |   |                                       |
|            | Ville : | Ville : |            | Ville : | Ville : |   |                                       |
| --/--/---- | Heure : | Heure : | --/--/---- | Heure : | Heure : |   |                                       |
|            | Ville : | Ville : |            | Ville : | Ville : |   |                                       |
| --/--/---- | Heure : | Heure : | --/--/---- | Heure : | Heure : |   |                                       |
|            | Ville : | Ville : |            | Ville : | Ville : |   |                                       |
| --/--/---- | Heure : | Heure : | --/--/---- | Heure : | Heure : |   |                                       |
|            | Ville : | Ville : |            | Ville : | Ville : |   |                                       |
| --/--/---- | Heure : | Heure : | --/--/---- | Heure : | Heure : |   |                                       |
|            | Ville : | Ville : |            | Ville : | Ville : |   |                                       |

(\*) Si vous revenez à votre domicile ou votre lieu de travail tous les jours, vous devez remplir 2 lignes pour chaque journée de déplacement.

**LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES**

- Relevé d'identité bancaire  
(au premier paiement, puis à chaque modification de compte – pour les comptes joints, fournir une copie du livret de famille)
- Bulletin de salaire de l'année en cours (si fonctionnaire en activité)
- Justificatif de pension (si retraité)
- Original de la facture d'hôtel
- Originaux de billets de train / billets d'avion (veuillez préciser si ces billets ont été fournis par la DRJSCS)
- Originaux de tickets de transport collectif (bus, métro...)
- Si utilisation de véhicule personnel, copie de la carte grise (au premier paiement, puis à chaque changement de véhicule)
- Originaux des reçus de parking/ péage
- Autres (à préciser).....

**Certifié exact,**

Fait à.....  
 le...../...../.....

Signature de l'intéressé(e),

**Retourner cet état de frais complet et signé à :**

ASP- UNACESS  
 Service Frais de jury  
 15, rue Léon Walras - CS 70902  
 87017 LIMOGES Cedex 1

ANNEXE 4.1

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES VACATIONS DE MEMBRES DE JURYS DE LA CERTIFICATION INITIALE  
 – DOMAINE SOCIAL –  
 – ÉPREUVES ORGANISÉES PAR LA DRJSCS –

| NOM | PRENOM | REUNION PREPARATOIRE<br>(unité d'œuvre : titre d'œuvre : max:4) |          | UNITE/ DOMAINE DE COMPETENCE |          |      |          |      |          |      |          |      |       |      |       | JURY FINAL<br>(unité d'œuvre : titre d'œuvre : max:4) |       | REPAS<br>(EN NB) |       |      |       |      |     |                 |           |  |
|-----|--------|---|----------|------------------------------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|-------|------|-------|---|-------|------------------|-------|------|-------|------|-----|-----------------|-----------|--|
|     |        | Date  | Qté      | DC 1                         |          |      | DC 2     |      |          | DC 3 |          |      | DC 4  |      |       | DC 5  |       |                  | DC 6  |      |       | Date | Qté | A. membres jury | collectif |  |
|     |        | Création sujets corrigés (Forfait 4h)                           |          | Oral                         | Écrit    | Oral | Écrit    | Oral | Écrit    | Oral | Écrit    | Oral | Écrit | Oral | Écrit | Oral  | Écrit | Oral             | Écrit | Oral | Écrit | Date | Qté |                 |           |  |
| 1   | DUPOND | PATRICE   | 16/12/12 | 4H                           | 03/03/12 | 4H   | 15/03/12 | 8    | 25/03/12 | 6    | 30/03/12 | 4    |       |      |       |   |       |                  |       |      |       |      |     |                 |           |  |
| 2   |        |   |          |                              |          |      |          |      |          |      |          |      |       |      |       |   |       |                  |       |      |       |      |     |                 |           |  |
| 3   |        |   |          |                              |          |      |          |      |          |      |          |      |       |      |       |   |       |                  |       |      |       |      |     |                 |           |  |
| 4   |        |   |          |                              |          |      |          |      |          |      |          |      |       |      |       |   |       |                  |       |      |       |      |     |                 |           |  |
| 5   |        |   |          |                              |          |      |          |      |          |      |          |      |       |      |       |   |       |                  |       |      |       |      |     |                 |           |  |
| 6   |        |   |          |                              |          |      |          |      |          |      |          |      |       |      |       |   |       |                  |       |      |       |      |     |                 |           |  |
| 7   |        |   |          |                              |          |      |          |      |          |      |          |      |       |      |       |   |       |                  |       |      |       |      |     |                 |           |  |
| 8   |        |   |          |                              |          |      |          |      |          |      |          |      |       |      |       |   |       |                  |       |      |       |      |     |                 |           |  |
| 9   |        |   |          |                              |          |      |          |      |          |      |          |      |       |      |       |   |       |                  |       |      |       |      |     |                 |           |  |
| 10  |        |   |          |                              |          |      |          |      |          |      |          |      |       |      |       |   |       |                  |       |      |       |      |     |                 |           |  |
| 11  |        |   |          |                              |          |      |          |      |          |      |          |      |       |      |       |   |       |                  |       |      |       |      |     |                 |           |  |
| 12  |        |   |          |                              |          |      |          |      |          |      |          |      |       |      |       |   |       |                  |       |      |       |      |     |                 |           |  |
| 13  |        |   |          |                              |          |      |          |      |          |      |          |      |       |      |       |   |       |                  |       |      |       |      |     |                 |           |  |
| 14  |        |   |          |                              |          |      |          |      |          |      |          |      |       |      |       |   |       |                  |       |      |       |      |     |                 |           |  |
| 15  |        |   |          |                              |          |      |          |      |          |      |          |      |       |      |       |   |       |                  |       |      |       |      |     |                 |           |  |
| 16  |        |   |          |                              |          |      |          |      |          |      |          |      |       |      |       |   |       |                  |       |      |       |      |     |                 |           |  |
| 17  |        |   |          |                              |          |      |          |      |          |      |          |      |       |      |       |   |       |                  |       |      |       |      |     |                 |           |  |
| 18  |        |   |          |                              |          |      |          |      |          |      |          |      |       |      |       |   |       |                  |       |      |       |      |     |                 |           |  |
| 19  |        |   |          |                              |          |      |          |      |          |      |          |      |       |      |       |   |       |                  |       |      |       |      |     |                 |           |  |
| 20  |        |   |          |                              |          |      |          |      |          |      |          |      |       |      |       |   |       |                  |       |      |       |      |     |                 |           |  |

CERTIFIÉ EXACT DRJSCS  
LE :



ANNEXE 4.2

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES VACATIONS DE MEMBRES DE JURYS DE VAE  
 – DOMAINE SOCIAL –

| DROUCS : | DATES SESSION : |      | NOM | PRENOM  | REUNION PREPARATOIRE<br>(unité d'œuvre : nbre d'heures) |      | VAE<br>(unité d'œuvre : nbre de candidats) |           | REPAS<br>(EN NB) |      | JURY FINAL<br>(unité d'œuvre : nbre d'heures : max=4h) |   |
|----------|-----------------|------|-----|---------|---|------|--|-----------|------------------|------|--|---|
|          | Date            | Cité |     |         | Date  | Cité | A CHARGE<br>JURY                           | collectif | Date             | Cité |  |   |
|          | 16/12/12        | 0h   |     | PATRICE | 15/12/12  | 0    |  |           |                  |      | 30/03/12   | 0 |
| 1        |                 |      |     |         |   |      |  |           |                  |      |  |   |
| 2        |                 |      |     |         |   |      |  |           |                  |      |  |   |
| 3        |                 |      |     |         |   |      |  |           |                  |      |  |   |
| 4        |                 |      |     |         |   |      |  |           |                  |      |  |   |
| 5        |                 |      |     |         |   |      |  |           |                  |      |  |   |
| 6        |                 |      |     |         |   |      |  |           |                  |      |  |   |
| 7        |                 |      |     |         |   |      |  |           |                  |      |  |   |
| 8        |                 |      |     |         |   |      |  |           |                  |      |  |   |
| 9        |                 |      |     |         |   |      |  |           |                  |      |  |   |
| 10       |                 |      |     |         |   |      |  |           |                  |      |  |   |
| 11       |                 |      |     |         |   |      |  |           |                  |      |  |   |
| 12       |                 |      |     |         |   |      |  |           |                  |      |  |   |
| 13       |                 |      |     |         |   |      |  |           |                  |      |  |   |
| 14       |                 |      |     |         |   |      |  |           |                  |      |  |   |
| 15       |                 |      |     |         |   |      |  |           |                  |      |  |   |
| 16       |                 |      |     |         |   |      |  |           |                  |      |  |   |
| 17       |                 |      |     |         |   |      |  |           |                  |      |  |   |
| 18       |                 |      |     |         |   |      |  |           |                  |      |  |   |
| 19       |                 |      |     |         |   |      |  |           |                  |      |  |   |
| 20       |                 |      |     |         |   |      |  |           |                  |      |  |   |

CERTIFIE EXACT DRJSCS  
 LE :

## SOLIDARITÉS

### ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

*Direction générale  
de la cohésion sociale*

Sous-direction des affaires financières  
et de la modernisation

Bureau gouvernance du secteur social  
et médico-social

**Instruction DGCS/SD5C/ANESM n° 2015-191 du 5 juin 2015 relative au dispositif de sensibilisation et d'appui sur l'évaluation externe à l'attention des établissements et services sociaux et médico-sociaux autorisés avant le 3 janvier 2002 et à certaines catégories d'ESSMS éloignés de l'évaluation externe**

NOR : AFSA1513643J

*Date d'application* : immédiate.

Validée par le CNP le 29 mai 2015. – Visa CNP 2015-94.

Examinée par le COMEX le 4 juin 2015.

*Catégorie* : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

*Résumé* : demi-journées de sensibilisation et d'appui sur l'évaluation externe pour les ESSMS potentiellement en difficulté.

*Mots clés* : évaluation externe – renouvellement d'autorisation – demi-journées – aide à l'élaboration du cahier des charges – ANESM.

*Références* :

Articles L. 312-8, L. 313-1 et L. 313-5, D. 312-197 à D. 312-206, R. 313-10-3 à R. 313-10-4 du code de l'action sociale et des familles ;

Circulaire DGCS/SD5C n° 2011-398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

Instruction DGCS/SD5C n° 2013-427 du 31 décembre 2013 relative aux évaluations des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

Instruction DGCS/5C/ANESM n° 2014-100 du 4 avril 2014 relative au dispositif de sensibilisation et d'appui sur l'évaluation externe à l'attention des établissements et services sociaux et médico-sociaux autorisés avant le 3 janvier 2002.

*La directrice générale de la cohésion sociale et le directeur de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé ; Mesdames et Messieurs les directeurs de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale outre-mer ; Mesdames et Messieurs les préfets de région ; Mesdames et Messieurs les préfets de département ; Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; M. le directeur de la direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement ; Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux de la cohésion sociale ; Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux de la cohésion sociale et de la protection des populations ; copie à Monsieur le président de l'Assemblée des départements de France.*



Le nouveau régime des autorisations mis en place par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 conditionne le renouvellement des autorisations délivrées aux établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) à la réalisation d'une évaluation externe par un organisme habilité.

S'agissant des quelque 25000 ESSMS qui ont obtenu leur autorisation avant la date de publication de cette loi, cette évaluation devait intervenir au plus tard le 3 janvier 2015 et ses résultats devaient être communiqués avant le 2 février 2015.

Pourtant, au 31 décembre 2014, 8 % des structures concernées par cette échéance n'étaient pas encore entrées dans la démarche (hors logement-foyers). Des structures autorisées entre le 2 janvier 2002 et le 21 juillet 2009 doivent également procéder rapidement à leur évaluation externe. Ceci conduit l'ANESM, avec l'appui de la DGCS, et en tirant profit du bilan des demi-journées d'aide à la contractualisation réalisées en 2014, à proposer un nouvel appui aux établissements et services sociaux et médico-sociaux les plus en retard dans leurs obligations évaluatives.

L'objectif de cette action est d'aider les structures à formaliser leur cahier des charges pour passer le marché portant sur la réalisation de l'évaluation externe et à suivre l'exécution de ce contrat, jusqu'à la remise du rapport final. Vous devez pouvoir ainsi disposer à la fin de chaque journée d'appui d'un engagement de chaque établissement ou service quant à la date de lancement de la procédure d'évaluation externe.

Le dispositif d'appui est calibré à ce stade à 35 demi-journées pour l'ensemble du territoire, à raison de 20 participants maximum par session. Votre intervention est attendue pour cibler les bénéficiaires potentiels de ces sessions et en assurer l'organisation matérielle. Vous bénéficierez pour cela de l'assistance du prestataire lors de la phase d'élaboration du programme de chaque demi-journée.

Le dispositif est gratuit pour les ESSMS concernés.

Afin d'optimiser le recours au prestataire de l'ANESM, les demi-journées pourront être organisées conjointement avec d'autres autorités.

### **Quel contenu ?**

Les demi-journées sont l'occasion d'aborder une ou plusieurs des thématiques suivantes :

- les points de vigilance pour la contractualisation, incluant les éléments méthodologiques pour élaborer le cahier des charges et les modalités de choix du prestataire ;
- le cadre technique de déroulement de l'évaluation externe (procédure contradictoire, livrable et modalités de transmission) ;
- le contenu du rapport d'évaluation externe, y compris la valorisation des résultats de l'évaluation interne (« portefeuille de preuves », points forts/points faibles) et la prise en compte de ses suites (plan d'assurance qualité, démarche continue d'amélioration) ;
- l'exécution du contrat d'évaluation externe.

### **Quel public ?**

Les demi-journées d'information visent au premier chef les établissements et services autorisés avant le 3 janvier 2002 qui n'auraient pas encore réalisé leur évaluation externe et qui ont dû d'ores et déjà être invités par vos soins à entrer sans délai dans la démarche. Elles concernent également les structures autorisées entre 2002 et 2009 devant rentrer rapidement dans la démarche.

Dans cet ensemble, certaines catégories d'établissements ou services sont particulièrement concernées, notamment les structures relevant de la protection de l'enfance et celles relevant de l'inclusion sociale (par exemple les CHRS, les foyers de jeunes travailleurs, ...), compte tenu de leur faible taux de réalisation de l'évaluation externe. Les réalités locales peuvent toutefois s'écarter de ces constats généraux et conduire à privilégier d'autres catégories d'établissements ou de services.

### **L'organisation pratique**

Les services déconcentrés, les ARS et les conseils départementaux commencent par identifier les établissements ou services susceptibles de bénéficier de cet appui, en associant à cette démarche les autorités avec lesquelles existe une compétence conjointe en matière d'autorisation. Une réunion dédiée avec les fédérations des secteurs concernés permettra de mieux cibler les ESSMS potentiellement bénéficiaires de cette action.

Les autorités saisissent ensuite l'ANESM d'une demande d'organisation de demi-journées de formation et lui transmettent la liste des ESSMS bénéficiaires par demi-journée. L'ANESM adresse alors un bon de commande au prestataire.

Le prestataire élabore avec l'autorité organisatrice un projet de programme détaillé qui est soumis pour validation à l'ANESM. Il est précisé que les ARS situées dans les départements d'outre-mer bénéficient d'une aide directe de l'ANESM sans passer par le prestataire.

Les autorités ont la charge de la gestion matérielle de ces demi-journées (invitations des ESSMS, salle, etc.). Elles devront cibler un nombre de participants compris entre 15 et 20 participants par demi-journée, le bilan des demi-journées organisées en 2014 ayant fait apparaître le besoin d'un travail en groupes restreints pour optimiser la qualité des échanges.

Des informations complémentaires seront disponibles sur la plateforme dématérialisée collaborative consacrée au renouvellement des autorisations (<https://collaboratif.social.gouv.fr/sites/eval/default.aspx>) dès le mois de juin 2015. Si vous ne disposez pas d'identifiant et de mot de passe permettant d'accéder à la plateforme ci-dessus visée, vous pouvez les demander en adressant un mail sur la boîte aux lettres fonctionnelle suivante: DGCS-5C-EVALUATIONS@social.gouv.fr.

L'ANESM met à votre disposition sur cette plateforme un formulaire d'inscription aux journées, un format type de saisine et une adresse dédiée à ces journées (anesm-appui-evaluation-etat@sante.gouv.fr).

### **Calendrier**

Les demi-journées pourront être organisées à partir de juin 2015.

Pour la directrice générale  
de la cohésion sociale :  
*La cheffe de service,  
adjoite à la directrice générale  
de la cohésion sociale,*  
V. MAGNANT

*Le directeur de l'Agence nationale de l'évaluation  
et de la qualité des établissements et services sociaux  
et médico-sociaux,*  
D. CHARLANNE

*Le secrétaire général des ministères  
chargés des affaires sociales,*  
P. RICORDEAU

## PROTECTION SOCIALE

### SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

#### **Arrêté du 24 juillet 2015 portant nomination au conseil d'administration de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes**

NOR : AFSS1530500A

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,  
Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L.382-17 et R.382-70,

Arrête :

#### Article 1<sup>er</sup>

Sont nommés membres du conseil d'administration de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes :

#### **1. Au titre du culte catholique**

##### *Titulaires*

Prêtres diocésains :

Père DESCARPENTRIES (Bernard).

Père GUILLAUMIN (François)

Monseigneur GRUA (Bruno).

Père HONORE (Charles).

Père PECQUEUX (Pierre-Yves).

Père POTIER (Philippe).

Religieuses :

Sœur CUNEGO (Gisèle).

Sœur DUFFAURE (Annie).

Sœur LOMBARD (Agnès).

Sœur MAGE (Monique).

Sœur MOREL (Béatrice).

Sœur de MONTEBELLO (Éliane).

Religieux :

Père COUSIN (Antoine).

Père DUMOULIN (Gérard).

Père FLORANT (Benoît-Marie).

Père MESTRE (Achille).

Association de fidèles :

Père RAYMOND (Benoît-Joseph).

*Suppléants*

Père d'ARBAUMONT (Maxime).  
Sœur BOISRAME (Marguerite).  
Père BONNET (Michel).  
Frère CAILLAUD (Michel).  
Sœur FERET (Dominique).  
Sœur SAUER (Marie-Ange).

**2. Au titre du culte évangélique**

*Titulaires*

Pasteur GARCIA (Alain).  
Pasteur STRUPLER (Ernest).

*Suppléants*

Pasteur DEROEUX (Marc).  
Pasteur LA MONICA (Arnaud).

**3. Au titre des Témoins de Jéhovah**

*Titulaires*

M. DURAND (Emmanuel).  
M. PHILIPPE (Nicolas).

*Suppléants*

M. HUET (Pierre).  
M. PINSARD (Christophe).

**4. Au titre du culte anglican**

*Titulaire*

Révérénd ERIKSSON (Olaf).

**5. Au titre du culte bouddhiste**

*Titulaire*

Sœur BOUSSEMART (Marie-Stella).

*Suppléante*

Sœur GUILLAUME (Fabienne-Droupgyu).

**6. Au titre du culte musulman**

*Titulaire*

M. CADJEE (Abbas).

*Suppléant*

M. MOUSSAOUI (Mohamed).

**7. Au titre du culte orthodoxe**

*Titulaire*

M. IOANNIDIS (Christos).

*Suppléant*

M. XENITELLIS (Panayiotis).

**8. Au titre des anciens ministres du culte et anciens membres d'associations, congrégations ou collectivités religieuses**

*Titulaires*

M. BOUZEREAU (Gérard).

M. DOUSSAL (Jean).

*Suppléants*

M. DESFONDS (Jean).

Mme THOMAS (Colette).

Article 2

Les membres du conseil d'administration de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes sont nommés pour quatre ans à compter de la publication du présent arrêté.

Article 3

Le directeur de la sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 24 juillet 2015.

Pour la ministre et par délégation :  
*Le directeur de la sécurité sociale,*  
T. FATOME

## PROTECTION SOCIALE

### SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

*Direction de la sécurité sociale*

Sous-direction de l'accès aux soins,  
des prestations familiales  
et des accidents de travail

Bureau des prestations familiales  
et des aides au logement

MINISTÈRE DES FINANCES  
ET DES COMPTES PUBLICS

#### **Circulaire interministérielle DSS/SD2B n° 2015-204 du 15 juin 2015 relative au barème de modulation des allocations familiales, de la majoration pour âge et de l'allocation forfaitaire servies en métropole et dans les départements d'outre-mer au 1<sup>er</sup> juillet 2015**

NOR : AFSS1514394C

*Date d'application* : 1<sup>er</sup> juillet 2015.

*Catégorie* : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

*Résumé* : montants des allocations familiales et de ses deux composantes versées en métropole, dans les départements d'outre-mer à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2015.

*Mots clés* : réforme de la modulation des allocations familiales et de ses deux composantes – barème du montant des allocations familiales, de la majoration pour âge et de l'allocation forfaitaire.

*Références* :

Articles L. 521-1, L. 521-2, L. 521-3, L. 755-11, L. 755-12, R. 521-1 à R. 521-4, R. 532-2 à R. 532-8, D. 521-1 et D. 521-2 du code de la sécurité sociale ;

Article 85 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 ;

Décret n° 2015-611 du 3 juin 2015 relatif au barème des allocations familiales, de la majoration pour âge et de l'allocation forfaitaire.

*Circulaires modifiées* :

Circulaire interministérielle DSS/SD2B n° 2014-84 du 20 mars 2014 relative à la revalorisation des prestations familiales servies en métropole au 1<sup>er</sup> avril 2014 ;

Circulaire interministérielle DSS/SD2B n° 2014-85 du 20 mars 2014 relative à la revalorisation des prestations familiales servies dans les départements d'outre-mer et à Mayotte au 1<sup>er</sup> avril 2014 ;

Circulaire interministérielle DSS/SD2B n° 2015-92 du 31 mars 2015 relative à la revalorisation des prestations familiales servies en métropole, dans les départements d'outre-mer et à Mayotte au 1<sup>er</sup> avril 2015.

*Annexe* : montants des allocations familiales et de ses deux composantes au 1<sup>er</sup> juillet 2015 arrondis au centième d'euro le plus proche en métropole et dans les départements d'outre-mer (montants avant contribution au remboursement de la dette sociale).

*Le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes à Monsieur le directeur de la Caisse nationale des allocations familiales ; Monsieur le directeur de la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole ; Madame le chef de la mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale.*

L'article 85 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a instauré la modulation du montant des allocations familiales et de ses deux composantes (la majoration pour âge et l'allocation forfaitaire accordée pendant un an aux familles ayant la charge de trois enfants ou plus dont l'aîné atteint l'âge de 20 ans), en fonction des ressources du foyer allocataire perçues au cours de l'année civile de référence. Afin de lisser les effets de seuil liés à l'application de plafonds de ressources, un complément dégressif est versé lorsque les ressources du bénéficiaire dépassent l'un des plafonds, dans la limite d'un certain montant.

Le décret n° 2015-611 du 3 juin 2015 relatif au barème des allocations familiales, de la majoration pour âge et de l'allocation forfaitaire a défini le barème de modulation de ces prestations en métropole, dans les départements d'outre-mer, à Saint-Martin, à Saint-Barthélemy. Les montants des plafonds de ressources fixés par ce décret sont majorés par enfant à charge et revalorisés au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année par arrêté interministériel conformément à l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac. Ce décret détermine en outre les modalités de calcul du complément dégressif.

Ce décret est également applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, à l'exception des montants des plafonds de ressources, fixés par un décret spécifique à cette collectivité (en cours de publication). En revanche, cette réforme n'est pas applicable dans le département de Mayotte, ni aux familles ayant un seul enfant à charge dans les autres départements d'outre-mer, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy.

Ce décret prévoit enfin que la réforme de modulation des allocations familiales et de ses deux composantes est applicable aux prestations dues à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2015.

Les ressources des familles sont prises en compte selon des modalités identiques à celles servant à l'attribution des prestations familiales soumises à conditions de ressources et définies aux articles R. 532-2 à 8 du code de la sécurité sociale.

Les tableaux annexés ont pour objet d'indiquer aux organismes débiteurs des prestations familiales le barème des allocations familiales et de ses deux composantes (montants avant contribution au remboursement de la dette sociale) pour procéder à leur liquidation à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2015. Ces montants sont arrondis au centième d'euro le plus proche; il en est de même lorsqu'il s'agit du service du complément dégressif.

Je vous demande de bien vouloir transmettre les présentes instructions aux organismes débiteurs des prestations familiales de votre ressort.

Pour les ministres et par délégation :  
*Le directeur de la sécurité sociale,*  
T. FATOME

## ANNEXE 1

 BARÈME DE MODULATION DES ALLOCATIONS FAMILIALES,  
 DE LA MAJORATION POUR ÂGE ET DE L'ALLOCATION FORFAITAIRE

(Montants avant CRDS)

 Au 1<sup>er</sup> juillet 2015

Arrondis au centième d'euro le plus proche

 I. – LE MONTANT DES PLAFONDS DE RESSOURCES APPLICABLES DU 1<sup>ER</sup> JUILLET 2015  
 AU 31 DÉCEMBRE 2015 (À COMPARER AU REVENU NET CATEGORIEL DE L'ANNÉE 2013)

| NOMBRE D'ENFANTS À CHARGE | TRANCHE 1 | TRANCHE 2 | TRANCHE 3 |
|---------------------------|-----------|-----------|-----------|
| 2 enfants                 | ≤ 67 140  | ≤ 89 490  | > 89 490  |
| 3 enfants                 | ≤ 72 735  | ≤ 95 085  | > 95 085  |
| 4 enfants                 | ≤ 78 330  | ≤ 100 680 | > 100 680 |
| 5 enfants                 | ≤ 83 925  | ≤ 106 275 | > 106 275 |
| Par enfant supplémentaire | + 5 595   | + 5 595   | + 5 595   |

*Nota* : l'enfant qui atteint l'âge de 20 ans n'ouvre plus droit aux allocations familiales et à la majoration pour âge. Il est considéré à la charge du foyer allocataire uniquement pour la détermination du plafond de ressources applicable à ce foyer pour le forfait d'allocations familiales.

Exemple : une famille avec deux enfants à charge au sens des allocations familiales (enfants moins de 20 ans) et un enfant qui a atteint l'âge de 20 ans.

Le plafond de ressources applicable à cette famille est celui défini pour deux enfants à charge pour la détermination du montant des allocations familiales et de la majoration pour âge et de trois enfants à charge pour la détermination du montant du forfait d'allocations familiales.

 II. – LE BARÈME DE MODULATION DES ALLOCATIONS FAMILIALES  
 ET DE LA MAJORATION POUR ÂGE

 2.1. Le montant des allocations familiales au 1<sup>er</sup> juillet 2015 (par famille)

| NOMBRE D'ENFANTS<br>à charge | TRANCHE 1 |          | TRANCHE 2 |          | TRANCHE 3 |          |
|------------------------------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|
|                              | % BMAF    | En euros | % BMAF    | En euros | % BMAF    | En euros |
| 2 enfants                    | 32        | 129,99   | 16        | 64,99    | 8         | 32,5     |
| 3 enfants                    | 73        | 296,53   | 36,5      | 148,27   | 18,25     | 74,13    |
| 4 enfants                    | 114       | 463,08   | 57        | 231,54   | 28,5      | 115,77   |
| 5 enfants                    | 155       | 629,63   | 77,5      | 314,81   | 38,75     | 157,41   |

 2.2. Le montant des majorations pour âge au 1<sup>er</sup> juillet 2015  
 (à l'exception de l'aîné des familles de deux enfants)

Majoration à partir de 14 ans pour les enfants nés après le 30 avril 1997 et à partir de 16 ans pour les enfants nés avant le 1<sup>er</sup> mai 1997.

| ÂGE DE L'ENFANT | TRANCHE 1 |          | TRANCHE 2 |          | TRANCHE 3 |          |
|-----------------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|
|                 | % BMAF    | En euros | % BMAF    | En euros | % BMAF    | En euros |
| Majoration      | 16        | 64,99    | 8         | 32,5     | 4         | 16,25    |



### 2.3. Le complément dégressif pour les allocations familiales et les majorations pour âge

Lorsque les ressources de la famille perçues au cours de l'année civile  $N - 2$  dépassent la tranche 2 ou 3 du plafond de ressources d'une somme inférieure à douze fois le montant mensuel des allocations familiales dues à la famille auquel s'ajoute le montant mensuel de la majoration ou des majorations lorsque le ou les enfants y ouvrent droit, la famille bénéficie du complément dégressif (CD).

Le montant mensuel du CD est calculé selon la formule suivante :

$$\text{Montant mensuel du CD} = \frac{P + 12 * (\text{AF} + \text{majoration pour âge}) - R}{12}$$

P = montant annuel du plafond de ressources applicable à la famille (en fonction du nombre d'enfants à charge de moins de 20 ans) et servant à déterminer le montant des allocations familiales et de la majoration pour âge qui lui est dû.

R = ressources annuelles perçues par la familles au cours de l'année  $N - 2$ .

AF = montant mensuel des allocations familiales modulé en fonction des ressources dû à la famille.

Majoration pour âge = montant mensuel de la ou des majorations pour âge modulé, en fonction des ressources, dû à la famille.

## III. – LE BARÈME DE MODULATION DU FORFAIT AUX ALLOCATIONS FAMILIALES

### 3.1. Le montant du forfait allocations familiales au 1<sup>er</sup> juillet 2015

| FORFAIT<br>d'allocations familiales | TRANCHE 1 |          | TRANCHE 2 |          | TRANCHE 3 |          |
|-------------------------------------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|
|                                     | % BMAF    | En euros | % BMAF    | En euros | % BMAF    | En euros |
|                                     | 20,234    | 82,19    | 10,117    | 41,10    | 5,059     | 20,55    |

### 3.2. Le complément dégressif pour le forfait allocations familiales

Lorsque les ressources de la famille perçues au cours de l'année civile  $N - 2$  dépassent la tranche 2 ou 3 du plafond de ressources d'une somme inférieure à douze fois le montant mensuel du forfait d'allocation familiales dû à la famille, la famille bénéficie du complément dégressif (CD) dont le montant mensuel est calculé selon la formule suivante :

$$\text{Montant mensuel du CD} = \frac{P + 12 * (\text{forfait allocations familiales}) - R}{12}$$

P = montant annuel du plafond de ressources applicable à la famille (en fonction du nombre d'enfants à charge au sens du forfait d'allocations familiales) et servant à déterminer le montant du forfait d'allocations familiales qui lui est dû.

R = ressources annuelles perçues par la familles au cours de l'année  $N - 2$ .

Forfait d'allocations familiales = montant mensuel du forfait d'allocations familiales, modulé en fonction des ressources, dû à la famille.

## PROTECTION SOCIALE

### SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

CNAV  
Caisse nationale d'assurance vieillesse

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

NOR : AFSX1530428K

| NOM, PRÉNOM    | DATE de naissance | CARSAT/CGSS | DATE d'assermentation | DATE de délivrance de l'agrément définitif |
|----------------|-------------------|-------------|-----------------------|--|
| HEIT Nathalie  | 15 mai 1967       | Nord-Est    | 4 juin 2014           | 18 mai 2015                                |
| ECKART Pascale | 24 août 1958      | Nord-Est    | 4 juin 2014           | 18 mai 2015                                |
| JACQUES Régine | 14 mars 1957      | Nord-Est    | 4 juin 2014           | 18 mai 2015                                |

## PROTECTION SOCIALE

### SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

CNAV  
Caisse nationale d'assurance vieillesse

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

NOR : AFSX1530429K

| NOM, PRÉNOM     | DATE de naissance | CARSAT       | DATE d'assermentation | DATE de délivrance de l'agrément définitif |
|-----------------|-------------------|--------------|-----------------------|--|
| NICOT Angélique | 3 avril 1988      | Centre-Ouest | 28 mai 2014           | 18 mai 2015                                |