



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES
HANDICAPÉES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Bulletin officiel

Santé

Protection sociale

Solidarité

N° 13

17 juillet 2023

Sommaire chronologique

1^{er} janvier 2023

Convention de délégation de gestion du 1^{er} janvier 2023 relative au produit COLLECTE-PRO.

12 juin 2023

Décision du 12 juin 2023 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique.

15 juin 2023

Décision du 15 juin 2023 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique.

19 juin 2023

Décision du 19 juin 2023 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique.

Décision du 19 juin 2023 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique.

20 juin 2023

Décision du 20 juin 2023 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique.

Décision du 20 juin 2023 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique.

Décision du 20 juin 2023 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique.

21 juin 2023

Décision du 21 juin 2023 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique.

Décision du 21 juin 2023 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique.

Décision du 21 juin 2023 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique.

INSTRUCTION INTERMINISTÉRIELLE N° DGOS/R4/DGS/DGCS/2023/76 du 21 juin 2023 relative à la poursuite de la structuration des filières territoriales de soins palliatifs dans la perspective de la stratégie décennale 2024-2034.

26 juin 2023

Décision du 26 juin 2023 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique.

Décision du 26 juin 2023 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique.

28 juin 2023

Décision du 28 juin 2023 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique.

INSTRUCTION N° DGCS/SD5B/2023/91 du 28 juin 2023 relative à la mise en œuvre de l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

NOTE D'INFORMATION INTERMINISTÉRIELLE N° DRH/STNGP/2023/107 du 28 juin 2023 relative à la campagne d'intégration dans le corps des administrateurs de l'État au titre de 2023 selon les modalités de mise en œuvre prévues à l'article 5 du décret du 1^{er} décembre 2021 portant statut particulier du corps des administrateurs de l'État.

29 juin 2023

NOTE D'INFORMATION N° DGOS/PF4/2023/102 du 29 juin 2023 relative aux programmes de recherche sur les soins et l'offre de soins pour l'année 2023.

Convention de délégation de gestion du 29 juin 2023 relative au développement des fonctionnalités de la plateforme informatique permettant aux organismes domiciliaires de simplifier la gestion de la domiciliation des personnes sans domicile stable.

3 juillet 2023

Arrêté du 3 juillet 2023 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier *publié au JORF n° 0154 du 5 juillet 2023* - Annexe VIII citée à l'article 1^{er} (III).

Tableau d'avancement complémentaire du 3 juillet 2023 au grade d'inspecteur général des affaires sociales (Inspection générale des affaires sociales) - Année 2023

4 juillet 2023

NOTE D'INFORMATION N° CNG/DGD/2023/112 du 4 juillet 2023 relative à la mise en œuvre des tableaux d'avancement au grade de la classe exceptionnelle et à l'échelon spécial de la classe exceptionnelle du corps des directeurs de soins, au titre de l'année 2024.

INSTRUCTION INTERMINISTÉRIELLE N° DGOS/RH1/DGESIP/DGRH/2023/84 du 4 juillet 2023 relative à la suspension de l'obligation vaccinale contre la Covid-19 pour les étudiants et élèves en santé, les étudiants des formations préparant à l'exercice des professions à usage de titre et les personnels enseignants et hospitaliers titulaires et non titulaires des centres hospitaliers universitaires.

INSTRUCTION N° DGS/EA1/VSS/MICOM/2023/96 du 4 juillet 2023 relative à l'action des agences régionales de santé (ARS) dans la gestion des accidents technologiques en phases d'urgence, de suivi immédiat et post-accidentelle.

NOTE D'INFORMATION N° DREES/BESP/DGS/SP1/DGOS/R3/2023/90 du 4 juillet 2023 relative à la diffusion de définitions harmonisées dans le champ de la mortalité périnatale permettant un recueil homogène des données d'enregistrement des naissances et des décès périnataux dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Arrêté du 4 juillet 2023 modifiant l'arrêté du 23 février 2021 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'Agence régionale de santé d'Occitanie.

5 juillet 2023

Arrêté du 5 juillet 2023 modifiant l'arrêté du 26 janvier 2022 portant nomination des membres de la commission nationale d'équivalence de titres et diplômes chargée de se prononcer sur les demandes d'équivalence de diplômes pour l'accès aux concours de la fonction publique hospitalière.

6 juillet 2023

CIRCULAIRE N° DGOS/R1/2023/104 du 6 juillet 2023 relative à la première délégation des crédits du Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) au titre de l'année 2023.

7 juillet 2023

NOTE D'INFORMATION N° DGOS/RH1/2023/115 du 7 juillet 2023 relative à la répartition, par région, des postes d'assistants spécialistes à temps partagé pour la période 2023-2025.

12 juillet 2023

Arrêté du 12 juillet 2023 modifiant l'arrêté du 28 mars 2023 portant nomination des membres du jury des concours d'entrée à l'École nationale supérieure de sécurité sociale pour 2023 (63^{ème} promotion).

Non daté

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

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

Liste des agents de contrôle de la branche maladie ayant reçu l'autorisation provisoire ainsi que l'agrément définitif d'exercer leurs fonctions en application des dispositions de l'arrêté du 5 mai 2014 fixant les conditions d'agrément des agents et des praticiens-conseils chargés du contrôle de l'application des législations de sécurité sociale (*annule et remplace la publication au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2021/24 du 31 décembre 2021*).

Délégation(s) de signature de la Caisse nationale de l'assurance maladie.

Liste des agents de contrôle de la branche vieillesse ayant reçu l'agrément provisoire 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.

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.

Ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion
Ministère de la transition écologique et de la cohésion des territoires
Ministère de la transition énergétique
Ministère de la santé et de la prévention
Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées

Convention de délégation de gestion du 1^{er} janvier 2023 relative au produit COLLECTE-PRO

NOR : MTRZ2330289X

ENTRE

La Direction du numérique des ministères sociaux,
sise 39-43 quai André Citroën - 75092 PARIS cedex 15,
représentée par Nathalie CUVILLIER, cheffe de service, adjointe à la directrice,
ci-après dénommée « la DNUM »,

D'une part,

ET

L'Inspection générale de l'environnement et du développement durable,
sise Tour SÉQUIOA - 1 place Carpeaux - 92055 PARIS La Défense cedex,
représentée par Jean LE DALL, secrétaire général, par intérim,
ci-après dénommée « l'IGEDD » ou « le partenaire »,

D'autre part.

Il est convenu ce qui suit :

Article 1^{er} Objet de la convention

Le service numérique COLLECTE-PRO s'adresse aux missions d'inspections, d'audits et de contrôles et simplifie l'échange de documents entre les administrations et les organismes interrogés.

La présente convention précise les conditions financières du partenaire pour l'usage, l'hébergement, la maintenance et le maintien en condition de sécurité du service COLLECTE-PRO.

Les conditions de fonctionnement du produit COLLECTE-PRO sont régies par une gouvernance co-animée par la Direction du numérique des ministères sociaux (DNUM), l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale de l'environnement et du développement durable (IGEDD). Le partenaire participe à la communauté d'utilisateurs et à l'administration du produit pour son périmètre d'utilisation.

La convention est conclue en application du décret n° 2004-1085 du 14 octobre 2004 relatif à la délégation de gestion dans les services de l'État entre la DNUM, service délégataire et l'IGEDD, service délégant.

Dans ce cadre, la convention précise en particulier les conditions dans lesquelles l'IGEDD autorise la DNUM, en son nom et pour le compte de la communauté ou son propre compte, l'exécution de dépenses relevant de l'UO 0217-SGAC-ASOC dont il est responsable avec la direction du numérique.

Article 2 Modalités de gestion du produit COLLECTE-PRO

L'hébergement et la maintenance du produit COLLECTE-PRO sont réalisés par des prestataires relevant de marchés publics rattachés contractuellement à la DNUM.

Le partenaire participe aux travaux relevant de la maintenance et de l'administration. Il contribue au co-financement et à l'exploitation du produit.

Les versions du produit COLLECTE-PRO sont mises en ligne par les prestataires de la DNUM.

Les travaux de maintenance du produit portent sur :

- La maintenance corrective ;
- Les évolutions ;
- L'obsolescence technique ;
- L'architecture et la sécurité ;
- Les conformités RGPD et RGAA ;
- La performance ;
- L'assistance technique et le support.

Article 3 Rôles et responsabilités

La DNUM assure la gestion des marchés de TMA et d'hébergement, la relation contractuelle des prestataires et l'exploitation technique de l'architecture COLLECTE-PRO.

L'IGAS et l'IGEDD assurent la promotion du produit auprès des services de l'État, la coordination des besoins métiers, les recettes applicatives, le financement et le pilotage de la qualité de service.

Le partenaire participe à la communauté d'utilisateurs, à l'administration fonctionnelle du produit et à son co-financement.

Le principe communautaire repose sur l'intérêt indivisible d'entretenir et de jouir du patrimoine COLLECTE-PRO.

Article 4 Gouvernance

Un comité de suivi (COSUI) réunit les membres fondateurs du service COLLECTE-PRO (Cour des comptes, IGAS, IGEDD, DNUM) et le prestataire de TMA. Le partenaire pourra y assister si sa contribution est significative.

Le comité est chargé de suivre les demandes d'évolutions, d'arbitrer sur les priorités et de définir la feuille de route du produit.

La validation d'une évolution doit faire consensus, c'est-à-dire faire l'objet d'un accord positif et unanime (sans opposition formelle) de l'ensemble des membres signataires de la convention participant au comité de suivi, représentés par le responsable de la convention ou le responsable opérationnel désigné en annexe.

Le secrétariat du COSUI est assuré par les membres fondateurs ou par le prestataire de TMA à défaut.

En cas de désaccord, le COSUI pourra convoquer un comité de pilotage exceptionnel (COPIL) réunissant les représentants signataires de la présente convention.

Article 5 Dispositions financières

À compter de la signature de la convention et pour chaque exercice budgétaire, l'IGEDD s'engage à mettre à disposition, sur l'UO 0217-SGAC-ASOC, les crédits nécessaires à la réalisation des prestations attendues en AE et en CP.

Le partenaire sera destinataire d'un suivi régulier et détaillé des consommations en AE/CP fourni par la DNUM dans le cadre de la présente convention.

Le COSUI sera en charge de consolider l'ensemble des engagements réalisés par les membres de la communauté COLLECTE-PRO et de déterminer les prévisions budgétaires pour l'année N+1.

Le montant annuel à provisionner sera déterminé conjointement entre les membres du comité de suivi et le partenaire. Le montant est révisable chaque année.

Le plafond annuel maximal de dépenses dans le cadre de la présente convention est fixé à 100 000 € TTC.

Article 6 Exécution de la dépense

L'IGEDD confie au service délégataire (DNUM) la signature ou la validation des actes de dépense pris dans le cadre de l'exécution de la présente convention et approuvée en COSUI.

La saisie et la validation dans le système d'information financière CHORUS des actes de dépense relevant de la présente convention sont effectuées selon les modalités en vigueur pour les autres actes de dépense du délégataire (DNUM).

Le comptable assignataire des dépenses est le contrôleur budgétaire et comptable ministériel (CBCM) placé auprès du service délégataire (DNUM).

La DNUM procède aux demandes d'habilitations CHORUS nécessaires à la mise en œuvre des modalités d'exécution financière prévues par la présente convention.

Article 7 Imputations

Les dépenses visées par la présente convention sont imputées sur le programme 217 « Conduite et pilotage des politiques de l'écologie, du développement et de la mobilité durables ».

La codification dans CHORUS des données d'imputation spécifiques aux dépenses visées par la présente convention est la suivante :

Centre financier	0217-SGAC-ASOC
Domaine fonctionnel	2017-07-07
Activité	021701010187
Centre de coûts	SGSIFSU075

Article 8 Durée de la convention

La présente convention est valable pour une période de 12 mois à compter de la date indiquée en titre. Elle est reconductible de manière tacite pour une période de 12 mois.

La convention est conclue pour une durée maximale de 5 ans et prendra fin :

- D'un point de vue technique au plus tard le 31 décembre 2027 ;
- D'un point de vue comptable et budgétaire à la date de paiement de la dernière facture relevant des opérations prises en charge.

Article 9 Publication, modification et dénonciation de la convention

Toute modification fera l'objet d'un avenant.

La convention 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 des contrôleurs budgétaires et comptables ministériels sont nécessaires.

Un exemplaire de la présente convention sera communiqué aux contrôleurs budgétaires et comptables ministériels.

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 susvisé.

Fait le 1^{er} janvier 2023.

Pour la Direction du numérique des ministères sociaux :
La cheffe de service, adjointe à la directrice,
Nathalie CUVILLIER

Pour l'Inspection générale de l'environnement
et du développement durable :
Le secrétaire général, par intérim,
Jean LE DALL

ANNEXE

Les signataires de la convention signaleront à leur partenaire, le cas échéant, tout changement d'acteurs tels que désignés ci-après. L'annexe pourra être actualisée sans que cela nécessite une mise à jour de la convention.

LISTE DES CONTACTS

	Pour la DNUM	Pour l'IGEDD
Responsable de la convention	Nicolas CHOSSON nicolas.chosson@sg.social.gouv.fr 07 62 24 41 77	Cédric LOUIS cedric.louis@developpement-durable.gouv.fr 06 60 97 88 32
Responsable opérationnel	Jean BERGER jean.berger@sg.social.gouv.fr 06 64 57 67 72	Catherine BETTOCHI catherine.bettochi@developpement-durable.gouv.fr 07 63 42 90 65
Contact RSSI	Sébastien RUFFIER sebastien.ruffier@sg.social.gouv.fr 07 63 11 83 79	Jean LE DALL jean.le-dall@developpement-durable.gouv.fr 06 24 53 14 66
Administratif et financier	Noémie DOUESNARD noemie.douesnard2@sg.social.gouv.fr 07 62 28 15 37	Cécile LEDOUX cecile.ledoux@developpement-durable.gouv.fr 06 58 75 42 15

Agence de la biomédecine

Décision du 12 juin 2023 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : SPRB2330276S

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, R. 1131-2, et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2021-19 du 8 décembre 2021 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agrément des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la délibération n° 2021-CO-44 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 18 novembre 2021 modifiant les critères d'agrément des praticiens ;

Vu la demande présentée le 9 juin 2023 par Madame Florence AMBLARD aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire ;

Vu le dossier déclaré complet le 12 juin 2023 ;

Considérant que Madame Florence AMBLARD, médecin qualifiée, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale, d'un diplôme de maîtrise de sciences biologiques et médicales de génétique, d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de cytogénétique humaine ainsi que d'un diplôme d'études approfondies de biologie cellulaire et moléculaire ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de génétique chromosomique du centre hospitalier de Grenoble depuis 1990 et en tant que praticienne agréée depuis 2001 ; que les résultats de son activité sont jugés satisfaisants et qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1^{er}

Madame Florence AMBLARD est agréée au titre de l'article R. 1131-6 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par la directrice générale de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 12 juin 2023.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique,
Anne DEBEAUMONT

Agence de la biomédecine

Décision du 15 juin 2023 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : SPRB2330277S

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, R. 1131-2, et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2021-19 du 8 décembre 2021 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agrément des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la délibération n° 2021-CO-44 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 18 novembre 2021 modifiant les critères d'agrément des praticiens ;

Vu la demande présentée le 14 juin 2023 par Madame Caroline ROORYCK THAMBO aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire ;

Vu le dossier déclaré complet le 15 juin 2023 ;

Considérant que Madame Caroline ROORYCK THAMBO, médecin qualifiée, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale, d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de biologie moléculaire ainsi que d'un diplôme d'études approfondies en génétique moléculaire des maladies du développement et de l'oncogénèse ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du service de génétique médicale du centre hospitalier universitaire de Bordeaux depuis 2001 et en tant que praticienne agréée depuis 2008 ; que les résultats de son activité sont jugés satisfaisants et qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1^{er}

Madame Caroline ROORYCK THAMBO est agréée au titre de l'article R. 1131-6 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par la directrice générale de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 15 juin 2023.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique,
Anne DEBEAUMONT

Agence de la biomédecine

Décision du 19 juin 2023 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : SPRB2330278S

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, R. 1131-2, et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2021-19 du 8 décembre 2021 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agrément des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la délibération n° 2021-CO-44 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 18 novembre 2021 modifiant les critères d'agrément des praticiens ;

Vu la demande présentée le 16 juin 2023 par Madame Ellen HAMMOUCHE aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire ;

Vu le dossier déclaré complet le 19 juin 2023 ;

Considérant que Madame Ellen HAMMOUCHE, médecin biologiste, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale, d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires en cytogénétique humaine, d'un diplôme interuniversitaire de cytogénétique médicale et d'un diplôme interuniversitaire de pathologies chromosomiques acquises ; qu'elle a exercé les activités de génétique au sein du laboratoire de cytogénétique du centre hospitalier de Tours entre 2016 et 2019 ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de génétique du centre hospitalier régional Metz Thionville depuis 2019 ; qu'elle dispose d'un agrément pour pratiquer les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire depuis 2018 ; que les résultats de son activité sont jugés satisfaisants et qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1^{er}

Madame Ellen HAMMOUCHE est agréée au titre de l'article R. 1131-6 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par la directrice générale de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 19 juin 2023.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique,
Anne DEBEAUMONT

Agence de la biomédecine

Décision du 19 juin 2023 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : SPRB2330279S

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, L. 6211-7, L. 6213-1 et suivants, R. 1131-2, et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2021-19 du 8 décembre 2021 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agrément des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la délibération n° 2021-CO-44 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 18 novembre 2021 modifiant les critères d'agrément des praticiens ;

Vu la demande présentée le 16 juin 2023 par Monsieur Jean-Pierre SIFFROI aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer :

- Les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire ;
- Les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée aux facteurs génétiques impliqués dans les anomalies de la reproduction et du développement sexuel.

Vu le dossier déclaré complet le 19 juin 2023 ;

Considérant que Monsieur Jean-Pierre SIFFROI, médecin qualifié en génétique médicale, est notamment titulaire d'un certificat d'études supérieures de biologie humaine cytogénétique ; qu'il exerce les activités de génétique au sein du département de génétique médicale de l'hôpital Armand Trousseau (Hôpitaux universitaires Paris Est / AP-HP) depuis 2007 en tant que praticien agréé ; que les résultats de son activité sont jugés satisfaisants et qu'il justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1^{er}

Monsieur Jean-Pierre SIFFROI est agréé au titre des articles R. 1131-6 et L. 6213-2 du code de la santé publique pour pratiquer :

- Les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire ;
- Les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée aux facteurs génétiques impliqués dans les anomalies de la reproduction et du développement sexuel.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par la directrice générale de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 19 juin 2023.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique,
Anne DEBEAUMONT

Agence de la biomédecine

Décision du 20 juin 2023 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : SPRB2330280S

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, R. 1131-2, et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2021-19 du 8 décembre 2021 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agrément des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la délibération n° 2021-CO-44 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 18 novembre 2021 modifiant les critères d'agrément des praticiens ;

Vu la demande présentée le 19 juin 2023 par Monsieur Pierre-Olivier SCHISCHMANOFF aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire ;

Vu le dossier déclaré complet le 20 juin 2023 ;

Considérant que Monsieur Pierre-Olivier SCHISCHMANOFF, pharmacien biologiste, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale, d'un diplôme d'études approfondies de biotechnologie et d'un doctorat en biochimie métabolique et clinique ; qu'il exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de biochimie de l'Hôpital Avicenne à Bobigny (AP-HP) depuis 2003 et en tant que praticien agréé depuis 2008 ; que les résultats de son activité sont jugés satisfaisants et qu'il justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1^{er}

Monsieur Pierre-Olivier SCHISCHMANOFF est agréé au titre de l'article R. 1131-6 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par la directrice générale de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 20 juin 2023.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique,
Anne DEBEAUMONT

Agence de la biomédecine

Décision du 20 juin 2023 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des activités de diagnostic préimplantatoire en application des dispositions de l'article L. 2131-4-2 du code de la santé publique

NOR : SPRB2330281S

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 2131-4-2, R. 2131-3 à R. 2131-5-4, R. 2131-22-2 ainsi que les articles R. 2131-30 et suivants ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2021-20 du 8 décembre 2021 fixant la composition du dossier à l'article R. 2131-5-1 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour exercer les activités de diagnostic préimplantatoire ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agrément des praticiens pour exercer les activités de diagnostic préimplantatoire en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la délibération n° 2021-CO-44 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 18 novembre 2021 modifiant les critères d'agrément des praticiens ;

Vu la demande présentée le 19 juin 2023 par Monsieur Julien BESSONNAT aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer le prélèvement cellulaire sur l'embryon obtenu par fécondation in vitro ;

Vu le dossier déclaré complet le 20 juin 2023 ;

Considérant que Monsieur Julien BESSONNAT, médecin qualifié, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale, d'un master 2 recherche reproduction et développement et d'un master 2 professionnel biologie de la reproduction humaine et assistance médicale à la procréation ; qu'il exerce les activités de diagnostic préimplantatoire au sein du laboratoire d'aide à la procréation du centre hospitalier universitaire de Grenoble depuis 2012 et en tant que praticien agréé depuis 2018 ; que les résultats de son activité sont jugés satisfaisants et qu'il justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1^{er}

Monsieur Julien BESSONNAT est agréé au titre de l'article R. 2131-22-2 du code de la santé publique pour pratiquer le prélèvement cellulaire sur l'embryon obtenu par fécondation in vitro.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par la directrice générale de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables au diagnostic prénatal et au diagnostic préimplantatoire, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 20 juin 2023.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique,
Anne DEBEAUMONT

Agence de la biomédecine

Décision du 20 juin 2023 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : SPRB2330282S

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, L. 6211-7, L. 6213-1 et suivants, R. 1131-2, et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2021-19 du 8 décembre 2021 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agrément des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la délibération n° 2021-CO-44 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 18 novembre 2021 modifiant les critères d'agrément des praticiens ;

Vu la demande présentée le 19 juin 2023 par Monsieur Paul ROUZAIRE aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée aux typages HLA ;

Vu la demande d'informations complémentaires du 20 juin 2023 ;

Vu le dossier déclaré complet le 21 juin 2023 ;

Considérant que Monsieur Paul ROUZAIRE, pharmacien, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de pharmacie spécialisée ; qu'il exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de biologie médicale du centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand depuis juin 2017 et en tant que praticien agréé depuis 2018 ; qu'il dispose d'une autorisation d'exercice de la biologie médicale délivrée par arrêté du ministre chargé de la santé en date du 25 juin 2019 ; que les résultats de son activité sont jugés satisfaisants et qu'il justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1^{er}

Monsieur Paul ROUZAIRE est agréé au titre des articles R. 1131-6 et L. 6213-2 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée aux typages HLA.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par la directrice générale de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 20 juin 2023.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique,
Anne DEBEAUMONT

Agence de la biomédecine

Décision du 21 juin 2023 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : SPRB2330283S

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, R. 1131-2, et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2021-19 du 8 décembre 2021 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agrément des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la délibération n° 2021-CO-44 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 18 novembre 2021 modifiant les critères d'agrément des praticiens ;

Vu la demande présentée le 20 juin 2023 par Madame Sylvie BERNARD-BEUFÉ aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer :

- Les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée aux facteurs II et V et MTHFR ;
- Les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée à l'hémochromatose ;
- Les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée aux typages HLA.

Vu le dossier déclaré complet le 21 juin 2023 ;

Considérant que Madame Sylvie BERNARD-BEUFÉ, médecin qualifiée, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale parcours génétique, d'un diplôme d'université approches fondées sur le NGS et applications au diagnostic génétique et à la stratification thérapeutique, d'un diplôme interuniversitaire d'oncogénétique et d'un certificat de maîtrise des sciences biologiques et médicales de cytogénétique ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de biologie médicale Cytogen depuis 2001 et depuis 2018 en tant que praticienne agréée ; que les résultats de son activité sont jugés satisfaisants et qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1^{er}

Madame Sylvie BERNARD-BEUFÉ est agréée au titre de l'article R. 1131-6 du code de la santé publique pour pratiquer :

- Les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée aux facteurs II et V et MTHFR ;
- Les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée à l'hémochromatose ;
- Les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée aux typages HLA.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par la directrice générale de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 21 juin 2023.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique,
Anne DEBEAUMONT

Agence de la biomédecine

Décision du 21 juin 2023 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : SPRB2330284S

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, L. 6211-7, L. 6213-1 et suivants, R. 1131-2, et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2021-19 du 8 décembre 2021 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agrément des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la délibération n° 2021-CO-44 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 18 novembre 2021 modifiant les critères d'agrément des praticiens ;

Vu la demande présentée le 20 juin 2023 par Monsieur Pascal PHILIBERT aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire ;

Vu le dossier déclaré complet le 21 juin 2023 ;

Considérant que Monsieur Pascal PHILIBERT, pharmacien, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de pharmacie industrielle et biomédicale et d'un diplôme d'études approfondies en biologie-santé ; qu'il exerce les activités de génétique au sein du service d'hormonologie du centre hospitalier régional universitaire de Montpellier (Hôpital Lapeyronie) depuis 2004 et en tant que praticien agréé depuis 2008 ; que les résultats de son activité sont jugés satisfaisants et qu'il justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1^{er}

Monsieur Pascal PHILIBERT est agréé au titre des articles R. 1131-6 et L. 6213-2 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par la directrice générale de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 21 juin 2023.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique,
Anne DEBEAUMONT

Agence de la biomédecine

Décision du 21 juin 2023 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : SPRB2330285S

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, L. 6211-7, L. 6213-1 et suivants, R. 1131-2, et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2021-19 du 8 décembre 2021 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agrément des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la délibération n° 2021-CO-44 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 18 novembre 2021 modifiant les critères d'agrément des praticiens ;

Vu la demande présentée le 20 juin 2023 par Madame Françoise PARIS aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée aux variations du développement génital ;

Vu le dossier déclaré complet le 21 juin 2023 ;

Considérant que Madame Françoise PARIS, médecin qualifiée, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées d'endocrinologie et métabolismes, d'un diplôme d'études approfondies d'endocrinologie cellulaire et moléculaire ainsi que d'un doctorat d'université ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du service d'hormonologie du développement et de la reproduction du centre hospitalier régional universitaire de Montpellier (Hôpital Lapeyronie) depuis 1998 et en tant que praticienne agréée depuis 2013 ; que les résultats de son activité sont jugés satisfaisants et qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1^{er}

Madame Françoise PARIS est agréée au titre des articles R. 1131-6 et L. 6213-2 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée aux variations du développement génital.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par la directrice générale de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 21 juin 2023.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique,
Anne DEBEAUMONT


GOUVERNEMENT

Liberté
Égalité
Fraternité

INSTRUCTION INTERMINISTÉRIELLE N° DGOS/R4/DGS/DGCS/2023/76 du 21 juin 2023
relative à la poursuite de la structuration des filières territoriales de soins palliatifs dans la
perspective de la stratégie décennale 2024-2034

Le ministre de la santé et de la prévention
Le ministre des solidarités, de l'autonomie
et des personnes handicapées

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SPRH2313429J (numéro interne : 2023/76)
Date de signature	21/06/2023
Emetteurs	Ministère de la santé et de la prévention Direction générale de l'offre de soins Direction générale de la santé Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées Direction générale de la cohésion sociale
Objet	Poursuite de la structuration des filières territoriales de soins palliatifs dans la perspective de la stratégie décennale 2024-2034.
Commande	Organisation de filières de soins palliatifs déclinées à l'échelle des territoires.
Action à réaliser	Structuration par les agences régionales de santé (ARS) d'une filière de soins palliatifs régionale déclinée en filières de soins palliatifs territoriales, sur l'appui du cadre d'orientation national et des référentiels annexés à la présente instruction.
Echéance	Décembre 2024.
Contacts utiles	Sous-direction de la régulation de l'offre de soins Bureau R4 Pauline BOILLET Tél : 01 40 56 70 98 Mél : pauline.boillet@sante.gouv.fr Marie-Laure SARAFINOF Tél : 01 40 56 42 74 Mél : marie-laure.sarafinof@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	8 pages + 9 annexes (46 pages) Annexe 1 - Cadre d'orientation pour la structuration des filières de soins palliatifs Annexe 2 - Référentiel d'organisation relatif aux unités de soins palliatifs (USP)

	<p>Annexe 3 - Référentiel d'organisation des lits identifiés de soins palliatifs (LISP)</p> <p>Annexe 4 - Référentiel d'organisation relatif à l'hospitalisation à domicile (HAD)</p> <p>Annexe 5 - Référentiel d'organisation des hôpitaux de jour de soins palliatifs (HDJ)</p> <p>Annexe 6 - Référentiel d'organisation relatif aux équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)</p> <p>Annexe 7 - Référentiel d'organisation relatif aux équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP)</p> <p>Annexe 8 - Dispositifs médico-sociaux de prise en charge, d'appui et de coordination des parcours des personnes âgées, participant à la filière de soins palliatifs</p> <p>Annexe 9 - Rôle des bénévoles d'accompagnement en soins palliatifs</p>
Résumé	<p>La présente instruction vise l'organisation des filières de soins palliatifs en prenant appui sur un cadre national précisant les missions respectives des équipes spécialisées de soins palliatifs, clarifiant leurs articulations avec les autres équipes de soins, précisant les modalités du suivi de l'activité palliative et de la structuration de l'offre, renforçant la place des intervenants de l'accompagnement de la fin de vie dans le parcours de soins, et de vie, de la personne malade et de ses proches. Il s'agit de soutenir l'offre spécialisée de soins palliatifs tout en renforçant les organisations propices à une prise en charge en proximité et en premier niveau de recours.</p>
Mention Outre-mer	<p>Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle-Calédonie, et de Wallis et Futuna.</p>
Mots-clés	<p>Soins palliatifs ; fin de vie ; offre graduée ; filière ; parcours de soins</p>
Classement thématique	<p>Établissements de santé - organisation</p>
Texte de référence	<p>Plan national 2021-2024 « Développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie »</p>
Circulaire / instruction abrogée	<p>Circulaire n° DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.</p>
Circulaire / instruction modifiée	<p>Néant</p>
Rediffusion locale	<p>Établissements de santé, établissements de santé sociaux et médico-sociaux, cellules d'animation régionale de soins palliatifs, communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), dispositifs d'appui à la coopération (DAC).</p>
Validée par le CNP le 12 mai 2023 - Visa CNP 2023-34	
Document opposable	<p>Oui</p>
Déposée sur le site Légifrance	<p>Non</p>
Publiée au BO	<p>Oui</p>
Date d'application	<p>Immédiate</p>

La présente instruction est la première étape de la stratégie décennale « soins palliatifs – prise en charge de la douleur – accompagnement de la fin de vie », visant à poursuivre la structuration des filières territoriales de soins palliatifs.

Elle a pour objet de définir les principes d'une organisation des soins palliatifs afin de permettre aux agences régionales de santé (ARS) de structurer des filières dédiées en adéquation avec les besoins de soins et d'accompagnement des habitants de la région.

Elle met à disposition le cadre qui doit permettre de structurer une offre de soins graduée, au plus près des besoins des territoires ou aires géographiques déterminées et définit les modalités de coordination des différents acteurs de la filière (annexe 1 : cadre).

Elle précise les missions respectives des équipes spécialisées de soins palliatifs et leur rôle dans la diffusion des pratiques palliatives¹, ainsi que leurs articulations avec les acteurs du premier et du deuxième recours, pour développer l'anticipation des soins palliatifs et la prise en charge à domicile des personnes malades et des personnes en fin de vie. Le domicile comprend la résidence personnelle et l'intégralité des lieux d'accueil et d'hébergement, y compris en établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS).

Des référentiels sont fournis, qui définissent et précisent les missions des différentes équipes de soins et d'accompagnement, l'organisation de leurs activités, leur fonctionnement et leur articulation avec les autres acteurs, ainsi que leurs moyens et des propositions d'indicateurs de suivi (annexes 2 à 9).

Elle met en perspective les actions conduites par le Ministère de la santé et de la prévention pour développer les soins palliatifs, favoriser leur intégration dans la pratique des professionnels et leur recours de façon plus anticipée dans les parcours de soins et de santé, et faciliter leur généralisation ainsi que leur déploiement au plus près des besoins et volontés exprimées par les personnes requérantes. Elle contribue, plus largement, au développement de la culture palliative.

Elle doit donner de la visibilité à l'activité palliative en organisant le recueil de données auprès de l'ensemble des parties prenantes.

1- Cadre législatif : droit d'accès aux soins palliatifs, dispositifs et accompagnement de la fin de vie

Un cadre législatif² s'est progressivement construit pour renforcer les droits en faveur des personnes malades et des personnes en fin de vie.

Le droit à l'accès aux soins palliatifs³ est inscrit dans la loi et toute personne³ malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à un accompagnement⁴.

La loi dispose que « toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement ». L'article 7 de la loi dispose que « Les établissements de santé, publics ou privés, et les établissements médico-sociaux mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert, quelles que soient l'unité et la structure de soins dans laquelle ils sont accueillis ».

¹ Les pratiques palliatives et d'accompagnement intègrent les pratiques sédatives.

² Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, consacrant deux principes étroitement liés l'un à l'autre : le droit à l'information et le droit au consentement (et au refus de consentement) ; Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie ; Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

³ Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs ; Code de la santé publique, article L. 1110-5.

⁴ Article L. 1110-9 du Code de santé publique.

La loi du 4 mars 2002, et d'une façon générale les nombreux textes relevant du champ sanitaire et médico-social, renforcent les droits des personnes soignées et hébergées. Toute investigation ou tout traitement doit être précédé par un consentement libre et éclairé du patient : celui-ci doit donc être informé sur son état de santé. Le droit au refus de traitement est reconnu. Cette loi a positionné la personne malade, dans sa relation avec le médecin, comme l'acteur principal de sa santé.

Depuis la loi du 22 avril 2005, l'obstination déraisonnable est interdite par l'obligation de ne pas empêcher la mort d'advenir lorsque les traitements apparaissent « inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie ». Toutefois, si les traitements peuvent être arrêtés, ou ne pas être entrepris, les soins et l'accompagnement sont, quant à eux, un devoir et doivent être poursuivis⁵.

En 2005 puis en 2016, des mesures ont été inscrites dans la loi pour garantir le respect des volontés de la personne lorsque celle-ci ne sera plus en capacité de les exprimer (possibilité d'écrire des directives anticipées, désignation d'une personne de confiance susceptible d'être le porte-parole de la personne qui ne peut plus exprimer sa volonté, description de la procédure collégiale prenant appui sur les directives anticipées si elles existent, ou prenant en compte le témoignage de la personne de confiance, ou à défaut celui de la famille et des proches, pour fonder et argumenter toute décision de limitation ou d'arrêt de traitement chez une personne dans l'incapacité d'exprimer sa volonté).

Enfin, la loi de 2016 a créé un droit à la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès pour les personnes malades qui en feraient la demande et dont le pronostic vital est engagé à court terme et dans certains cas prévus par la loi⁶ (souffrance réfractaire aux traitements, arrêt de traitement entraînant une souffrance insupportable, refus de l'obstination déraisonnable lors de l'arrêt d'un traitement de maintien en vie).

Dans ce cadre législatif et réglementaire⁷, la circulaire n° DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs a posé le cadre d'une offre graduée de soins palliatifs et a fourni des référentiels pour chacune des équipes spécialisées en soins palliatifs alors identifiées : unités de soins palliatifs-USP, équipes mobiles de soins palliatifs-EMSP, équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques-ERRSPP⁸, lits identifiés de soins palliatifs-LISP, hospitalisation à domicile-HAD. Elle comportait également une fiche sur le bénévolat d'accompagnement en soins palliatifs. Ces textes doivent aujourd'hui être actualisés et complétés, pour répondre aux nouveaux enjeux.

2- Définitions : soins palliatifs et démarche palliative

Les soins palliatifs sont une approche pour améliorer la qualité de vie des personnes malades, adultes et enfants, et de leurs proches, notamment confrontés aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle. Ils visent à prévenir et à soulager les souffrances, identifiées précocement et évaluées avec précision, ainsi qu'à traiter la douleur et les autres dimensions (physiques, psychologiques, sociales, etc.) qui leur sont liées⁹.

⁵ Article L. 1110-10 du Code de la santé publique.

⁶ Article L. 1110-5-2 du Code de la santé publique.

⁷ Code de la santé publique, articles R. 4127-32 et suivants.

⁸ Note DGOS du 17 décembre 2010, Visa CNP 2010-309, Cadre de référence pour l'organisation des ERRSPP.

⁹ Définition Organisation mondiale de la santé (OMS).

Ils contribuent au cheminement du patient et de ses proches sur la compréhension de sa maladie et de son pronostic, des objectifs des traitements proposés et de leurs effets secondaires. Ils font ainsi en sorte que les actes de traitements et de soins ne soient pas mis en œuvre ou poursuivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable¹⁰. Ils nécessitent une approche et une concertation pluri-professionnelle, ainsi qu'une coordination entre tous les acteurs de soins de l'hôpital et de la ville.

La prise en charge palliative est possible quel que soit le lieu de vie ou de soins. Elle s'organise de manière graduée et à l'échelle de tous les territoires, à travers une offre destinée à couvrir l'ensemble des besoins de soins, d'accompagnement, de recours à expertise et de coordination des parcours. Elle se déploie avec l'appui de professionnels, d'équipes de soins et d'accompagnement, à domicile, au sein des établissements de santé, des établissements sociaux et médico-sociaux auprès desquels les équipes spécialisées apportent leur expertise palliative.

Les acteurs de soins palliatifs peuvent intervenir à différents stades d'une maladie, notamment d'une maladie grave et incurable, en particulier en phase avancée ou terminale, y compris précocement au décours du diagnostic. Ils concernent tous les âges de la vie, de la naissance au grand âge.

Les associations de bénévoles, les associations des aidants, d'accompagnement au deuil, etc., sont parties prenantes et pleinement associées à la structuration de la filière de soins palliatifs qui inclut les services de l'accompagnement de la fin de vie¹¹.

3- Enjeux

La mise en œuvre de la législation a été accompagnée par des plans nationaux pour structurer et accompagner le développement des soins palliatifs¹², en particulier en soutenant la constitution de structures et d'équipes pluridisciplinaire et pluri-professionnelles exerçant en établissements de santé ou intervenant au domicile de la personne malade.

Cette instruction s'inscrit dans le contexte de l'élaboration du plan décennal « soins palliatifs – prise en charge de la douleur et accompagnement de la fin de vie » annoncée par le président de la République le 3 avril 2023, dont elle constitue un élément d'appui majeur.

L'objectif de la présente instruction est d'actualiser et de clarifier l'articulation des acteurs de soins palliatifs en inscrivant l'organisation des soins palliatifs dans le système sanitaire, social et médico-social, en s'appuyant sur le maillage acquis et l'expertise construite en soins palliatifs, en adaptant l'offre aux besoins de prise en charge de proximité, en intégrant de nouvelles modalités de prises en charge intervenant plus en amont et davantage en capacité de réactivité.

¹⁰ Article L. 1110-5-1 du Code de santé publique.

¹¹ Article L. 1110-11 du Code de la Santé Publique : « Avec l'accord de la personne malade ou de ses proches et sans interférer avec la pratique des soins médicaux et paramédicaux, [ils apportent] leur concours à l'équipe de soins en participant à l'ultime accompagnement du malade et en confortant l'environnement psychologique et social de la personne malade et de son entourage ».

¹² Plan national « Développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie » (2021-2024), Plan pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie (2015-2018), Programme national de développement des soins palliatifs (2008-2012), Programme national de développement des soins palliatifs (2002-2005) et Plan triennal de développement des soins palliatifs (1999-2001).

Ainsi, la filière de soins palliatifs doit se mettre en place dans le contexte de la construction des projets médicaux et de soins partagés au niveau des territoires (PMT)¹³, des groupements hospitaliers de territoire (GHT)¹⁴, des groupes d'établissements de santé privés et des coopérations entre établissements publics et privés. Elle tient compte du développement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)¹⁵, des dispositifs d'appui à la coordination (DAC)¹⁶ ainsi que de l'évolution des services autonomie à domicile¹⁷. Elle s'inscrit dans le contexte de la reconnaissance des hôpitaux de proximité, des réformes des autorisations sanitaires (dont soins médicaux et de réadaptation-SMR, hospitalisation à domicile-HAD) et de l'identification de centres de ressources territoriaux-CRT (cf. descriptif en annexe 8).

Cette instruction vise notamment à outiller les équipes en fournissant aux acteurs le cadre permettant la structuration d'une filière de soins palliatifs qui rende effectives les missions-socles des acteurs tout en laissant la souplesse nécessaire aux territoires (mutualisation de ressources, appui et pérennisation d'organisations existantes...).

Les filières de soins palliatifs participent aux actions d'acculturation, de sensibilisation et d'information, que portent le Ministère de la santé et de la prévention¹⁸ avec le concours du Centre national soins palliatifs et fin de vie (CNSPFV) au niveau national. Elles doivent concourir à mieux faire connaître les droits en faveur des personnes malades et des personnes en fin de vie.

Les actions tendant à soutenir et à augmenter l'offre en soins palliatifs ne peuvent être pleinement effectives qu'en disposant des ressources humaines compétentes. Aussi, la mise en place des filières de soins palliatifs s'accompagne de mesures telles que la diffusion des bonnes pratiques professionnelles et d'outils favorables à leur appropriation, le développement de la formation en soins palliatifs et en accompagnement de la fin de vie, le soutien des professionnels et personnels soignants dans leur exercice, le partage des enseignements tirés des travaux de recherche nationaux comme internationaux¹⁹.

Plusieurs actions conduites (l'ouverture de l'accès au midazolam en ville pour l'indication de la sédation en soins palliatifs proportionnée, ou profonde et continue, l'élaboration d'un protocole national de coopération médecin-infirmier...), des mesures généralisées au terme de leur expérimentation (évaluation anticipée et recours facilité à l'HAD en ESSMS, astreintes de nuit infirmières en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes-EHPAD...), la possibilité de recourir à des protocoles de coopération locaux, contribuent à donner plus de marge de manœuvre aux acteurs.

¹³ Article L. 6132-1 du Code de la santé publique : « II.- Le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours. »

¹⁴ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

¹⁵ Ordonnance n° 2021-584 du 12 mai 2021 relative aux communautés professionnelles territoriales de santé et aux maisons de santé.

¹⁶ Décret n° 2021-295 du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux.

¹⁷ Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 ; libellé utilisé pour désigner les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile), SAAD (services d'aide et d'accompagnement à domicile) et SPASAD (services polyvalents d'aide et de soins à domicile), dans la perspective de leur déploiement progressif à compter du 1^{er} juillet 2023.

¹⁸ Axe 1 du Plan national SPFV 2021-2024, « Favoriser l'appropriation des droits en faveur des personnes malades et des personnes en fin de vie ».

¹⁹ Axe 2 du Plan national SPFV 2021-2024, « Conforter l'expertise en soins palliatifs en développant la formation et en soutenant la recherche ».

Il est ainsi demandé aux agences régionales de santé (ARS) **de porter une attention particulière à l'intégration des objectifs de la présente instruction, notamment dans la rédaction de leur schéma régional de santé (SRS)**, à savoir :

- D'élaborer un diagnostic régional avec les acteurs de soins palliatifs, sur l'ensemble des éléments médecine, chirurgie, obstétrique-MCO, SMR, HAD, EHPAD, etc. ;
- De structurer et de formaliser une filière régionale de soins palliatifs, de la décliner en filières territoriales en s'attachant à préserver les structures et dispositifs existants qui rendent les services attendus tout en identifiant et en comblant les besoins non couverts afin d'assurer un maillage opérationnel, exhaustif et efficient sur les territoires ;
- D'articuler et d'animer les filières soins palliatifs avec les autres filières de soins ainsi qu'en articulation avec les structures de coordination de parcours, telles que les DAC et les CPTS ;
- D'améliorer la lisibilité de l'organisation des soins palliatifs, de fluidifier l'orientation vers les équipes spécialisées, de soutenir les missions de formation des équipes spécialisées en direction des acteurs de soins et d'accompagnement ;
- De sensibiliser et d'informer le grand public, les personnes malades, l'entourage aidant recourant à la filière de soins palliatifs ou non, en relai des actions conduites au national par le Ministère de la santé et de la prévention avec le concours du CNSPFV ;
- De collecter, d'analyser et de transmettre au niveau national, les données relatives à l'offre et à l'activité des équipes de soins palliatifs et d'accompagnement.

Les ARS s'appuient sur leur cellule d'animation régionale de soins palliatifs, qui contribue à impulser la dynamique régionale et territoriale de la filière de soins palliatifs ²⁰.

Elles s'appuient également sur les espaces de réflexion éthique régionaux (ERER) qui contribuent à la formation initiale et continue des professionnels de santé sur les questions d'éthique et à l'information des citoyens sur la fin de vie par l'organisation de débats publics.

La mise en place des filières de soins palliatifs est attendue à échéance fin 2024.

Elle s'accompagne d'un renfort pérenne des moyens et des crédits supplémentaires dédiés qui ont été délégués tous les ans au moyen des Fonds d'intervention régional (FIR) des ARS et de crédits relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie des établissements de santé (ONDAM-ES).

Un suivi national est mis en place par le Ministère de la santé et de la prévention. Afin de suivre l'évolution de l'offre de soins palliatifs et la mise en œuvre de l'instruction, un recueil de données sera formalisé pour alimenter et actualiser une base nationale de données. Des enquêtes ponctuelles plus qualitatives ou à vocation d'analyse plus prospective pourront compléter ce recueil. Ce suivi nourrira une évaluation nationale des organisations mises en place à une échéance de maximum 5 ans. Toute évolution législative future ayant un impact sur l'organisation des soins palliatifs conduira à l'adaptation de la présente instruction.

²⁰ Instruction n° DGOS/R4/2022/252 du 30 novembre 2022 relative au cadre d'orientation national des cellules d'animation régionale de soins palliatifs.

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

A stylized signature in black ink, slanted upwards to the right, reading "Signé".

Marie DAUDÉ

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

A stylized signature in black ink, slanted upwards to the right, reading "Signé".

Christian RABAUD

Pour le ministre des solidarités, de l'autonomie
et des personnes handicapées, par délégation :
Le directeur général de la cohésion sociale,

A stylized signature in black ink, slanted upwards to the right, reading "Signé".

Jean-Benoît DUJOL

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

A stylized signature in black ink, slanted upwards to the right, reading "Signé".

Pierre PRIBILE

Annexe 1

Cadre d'orientation pour la structuration des filières de soins palliatifs

Ce cadre d'orientation constitue un document de référence pour concilier deux exigences : l'adaptation nécessaire des organisations aux réalités de chaque territoire (principe de différenciation) et la garantie d'un même service rendu pour les professionnels et la population dans tous les territoires (équité de traitement).

La structuration de la filière de soins palliatifs est régionale et déclinée à l'échelle des territoires avec l'appui de la cellule d'animation régionale de soins palliatifs.

Elle s'inscrit dans une politique globale de développement des soins palliatifs et d'accompagnement de la fin de vie.

1- Le volet régional de la filière de soins palliatifs : définition et objectifs

Les objectifs de la structuration régionale des soins palliatifs sont inscrits au sein du schéma régional de santé (SRS). Il s'agit de définir les territoires au sein desquels est déclinée la filière de soins palliatifs et où peuvent être identifiés des projets prioritaires à mener selon les besoins identifiés. La contribution des acteurs à la mise en œuvre des missions y est expressément prévue.

L'organisation, sur un territoire donné, d'une filière de soins palliatifs permet une prise en charge graduée, tenant compte des besoins des personnes nécessitant des soins palliatifs, quels que soient l'âge ou encore le lieu de soins ou le lieu de vie.

1-1 Principes guidant la structuration régionale de la filière de soins palliatifs

- L'égalité d'accès aux soins palliatifs par une couverture adaptée des territoires et un maillage adéquat en termes de soins, de recours à l'expertise et de coordination des parcours, quels que soient le bénéficiaire - adulte ou enfant - la situation, le lieu de soins et/ou de vie ;
- La prise en compte des volontés exprimées et des choix des patients avec le développement du maintien au domicile lorsque celui-ci est souhaité par le patient et dès lors que les conditions requises peuvent être réunies ;
- La promotion de soins palliatifs précoces, pertinents et de qualité, effectués conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles éditées par la Haute Autorité de santé ;
- La garantie de l'accès à l'expertise palliative pour l'ensemble des professionnels et intervenants prenant en charge des patients en soins palliatifs ;
- La diffusion de l'information sur la démarche palliative et auprès du grand public.

1-2 La structuration et l'animation de la filière régionale

La structuration d'une filière régionale de soins palliatifs repose sur un diagnostic régional de soins palliatifs co-construit avec les acteurs, qui identifie les ressources, les besoins, les forces et les faiblesses des organisations en place, les leviers mobilisables et contient les actions correctrices à conduire ainsi que des éléments d'analyse prospective.

Le diagnostic régional identifie également les organisations innovantes y compris celles conduites sur une période ponctuelle (exemples : expérimentations relevant de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale [LFSS] 2018, protocoles de coopération locaux, etc.).

La structuration de la filière veille à ne pas mettre en difficulté les ressources et les organisations existantes dès lors que leur évaluation est probante et en conformité avec les attendus : identifier une offre incluant les soins de proximité, garantissant la coordination des professionnels, l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques et proposant des offres de soutien des équipes soignantes et des professionnels intervenant auprès du patient mais également des aidants.

La gouvernance de la structuration des soins palliatifs est mise en œuvre sous l'autorité de l'agence régionale de santé (ARS) et s'effectue en lien avec la cellule d'animation régionale de soins palliatifs. Pour piloter la filière régionale et les filières territoriales de soins palliatifs, l'ARS s'appuie sur l'instance représentative prévue dans l'instruction relative aux cellules d'animation régionale de soins palliatifs ¹, qui réunit l'ensemble des acteurs, tout champ et tout secteur confondus.

Concernant la mise en œuvre opérationnelle de ces filières, l'ARS veille à ce que la cellule d'animation régionale de soins palliatifs organise des réunions à échéance régulière et mette en place une comitologie opérationnelle autour de groupes ou commissions de travail animés par l'équipe de cette cellule et à laquelle l'ARS est associée.

Il est veillé à l'articulation de la filière de soins palliatifs avec les filières existantes régionales ou/et territoriales (gériatrie, oncologie, pédiatrie, urgences dont service d'aide médicale urgente [SAMU], cancer, maladies rares, maladies chroniques et neuro-évolutives, insuffisance d'organes, etc.).

1-3 Objectifs de la filière soins palliatifs

La filière régionale de soins palliatifs doit permettre d'atteindre plusieurs résultats en appuyant les territoires dans leur diagnostic et leur organisation :

1-3-1 En matière de soins et d'accès à l'expertise

- (1) Identifier les professionnels formés aux soins palliatifs, en gestion de la douleur et en accompagnement de la fin de vie :**
 - Les professionnels de 1^{er} recours (médecin, infirmier ou autre professionnel exerçant en ville ou en établissement de santé) quel que soit leur mode d'exercice, intervenant en proximité. Ils sont les interlocuteurs privilégiés des structures spécialisées qui seraient consultées ou auprès desquelles la personne malade serait orientée pour sa prise en charge palliative ou/et en accompagnement de la fin de vie. Ils favorisent la poursuite des soins au domicile, facilitent le transfert éventuellement requis à l'hôpital en l'anticipant et en l'organisant au mieux.
 - Les équipes spécialisées de soins palliatifs, de 2^{ème} et 3^{ème} recours, auxquelles les professionnels de 1^{er} recours doivent avoir accès pour bénéficier d'un appui, d'un accompagnement expert et collégial en cas de situations complexes, mais aussi auprès desquelles ils peuvent bénéficier d'une écoute, d'un soutien ainsi que de formations spécifiques ;
 - Les autres filières de soins, auxquelles la filière de soins palliatifs doit être articulée et qu'elle doit contribuer à fluidifier.

¹ Instruction n° DGOS/R4/2022/252 du 30 novembre 2022 relative au cadre d'orientation national des cellules d'animation régionale de soins palliatifs.

(2) Établir un maillage de sorte à couvrir tous les lieux de vie et de soins incluant les établissements de santé, les lieux de résidence privative, les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) dont les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les lieux d'accueil et d'hébergement temporaires tels que les lits halte soins santé (LHSS), les lits d'accueil médicalisés (LAM), les appartements de coordination thérapeutique (ACT), les foyers d'accueil médicalisés (FAM), les maisons d'accueil spécialisé (MAS), et les établissements pénitentiaires, les lieux d'hébergement pour les personnes en situation de précarité...

(3) Garantir l'offre de soins palliatifs à tout âge et toute situation confondus.

En direction des enfants et des jeunes adultes, l'organisation et l'affectation de ressources spécifiques pour le développement des soins palliatifs pédiatriques doivent se matérialiser par la constitution et le renforcement d'une équipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP).

En direction des personnes handicapées, des personnes en perte d'autonomie, des personnes en situation de détention ou toute autre population qui le nécessite, les équipes doivent être particulièrement vigilantes à adapter les pratiques de sorte à développer des prises en charge extra-hospitalières et en proximité, à adapter les modalités d'information, les temps d'écoute, à associer et à accompagner les aidants.

(4) Garantir l'accès à l'expertise palliative et la lisibilité sur les dispositifs mis en place pour fournir un appui et une expertise joignable à tout moment par les professionnels et les personnels soignants et notamment, mettre en place les appuis territoriaux de soins palliatifs². Il s'agit d'une organisation offrant un appui téléphonique, permettant de prodiguer des conseils et de contribuer à la collégialité. L'appui territorial de soins palliatifs repose sur les structures et les équipes de soins palliatifs du territoire et de la région.

1-3-2 En matière d'organisation des complémentarités et des articulations

- (1)** Favoriser la complémentarité des équipes de soins palliatifs et l'éventuelle mutualisation de leurs ressources humaines et de leurs moyens.
- (2)** Développer l'offre d'accompagnement de la fin de vie au moyen de partenariats renforcés avec les associations de bénévoles d'accompagnement.
- (3)** Soutenir les professionnels et les intervenants en étant attentif au respect de temps de réflexion pluridisciplinaire et collégiale, comme au respect des organisations de soins et en leur proposant des solutions comme la mise en place au sein de leur établissement / structure d'exercice, ou via un format adapté à leur exercice libéral, de temps d'échanges et d'écoute ou de reprise des situations complexes ou déstabilisantes, ainsi que des accompagnements psychologiques le cas échéant.

1-3-3 En matière d'animation, de sensibilisation et de formation

Il s'agit de favoriser le partage des connaissances et l'acculturation sur la démarche palliative en promouvant l'interdisciplinarité, les dynamiques d'échanges entre les équipes, et de mobiliser des savoir-être et des savoir-faire qui s'adaptent aux besoins des personnes, à leur environnement, quelle que soit leur pathologie, leur situation d'handicap, leur perte d'autonomie, leur situation sociale et/ou d'isolement.

² Instruction n° DGOS/R4/2022/31 du 7 février 2022 relative à la pérennisation des appuis territoriaux gériatriques et de soins palliatifs.

- (1) Orienter les professionnels (soignants et non soignants) vers les offres de formation proposées à proximité de leur lieu d'exercice.
- (2) Sensibiliser le grand public et avec une attention particulière pour les proches aidants, sur l'anticipation de la réflexion sur la fin de vie, sur l'appropriation des droits, sur les démarches pouvant être initiées (directives anticipées, désignation de la personne de confiance...), sur les possibilités d'accompagnement, etc.
- (3) Améliorer la lisibilité de l'organisation des soins palliatifs et de l'offre d'accompagnement de la fin de vie en renseignant sur les équipes de soins, les contacts utiles, en informant et orientant sur les solutions de soutien proposées aux aidants. Au national, le portail du Centre national soins palliatifs et fin de vie (CNSPFV) met à disposition des informations et des outils à l'intention des acteurs notamment, des cellules d'animation régionale de soins palliatifs.

2- La structuration territoriale des filières de soins palliatifs

Il s'agit de mettre en œuvre la filière territoriale avec les acteurs de terrain et avec le concours des cellules d'animation régionale de soins palliatifs pour garantir l'accès des personnes requérant des soins palliatifs aux différents niveaux de prise en charge, de proximité comme de recours, au moyen d'organisations adaptées tenant compte des contraintes et des mutualisations possibles.

Les filières de soins palliatifs territoriales tiennent compte des configurations, des ressources disponibles, des organisations existantes et des capacités à réaliser l'ensemble des missions requises.

2-1 Définition des territoires (ou des aires géographiques)

Les territoires sont établis en prenant en compte les initiatives du terrain et les travaux engagés par l'ARS auprès des groupements hospitaliers de territoire (GHT), des établissements de santé, des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et des professionnels de santé de ville, des autres filières de soins, à travers la constitution des dispositifs d'appui à la coordination (DAC), etc.

Différents paramètres sont à prendre en compte pour estimer les besoins, les services attendus et ajuster l'activité à l'échelle des territoires :

- Un paramètre populationnel pour estimer les besoins de la population (dont le volet populationnel mineurs) ;
- Un paramètre des conditions d'accès, en prenant en compte la superficie à couvrir, les temps de déplacement nécessaires pour réaliser des visites à domicile (éloignement, durée de transport, praticité...) ;
- Un paramètre de configuration de l'offre pour tenir compte de la démographie des professionnels et des structures de soins ainsi que de leur répartition, et des organisations pré-existantes sur le plan des coopérations entre acteurs de santé, tenant notamment compte du :
 - Nombre d'établissements de santé disposant d'équipes spécialisées de soins palliatifs et ressources humaines disponibles, au regard de l'estimation de l'accroissement de leur activité ;
 - Nombre d'EHPAD et nombre de leurs résidents ;
 - Nombre d'autres hébergements collectifs accueillant des personnes âgées, des personnes en situation de précarité, et tout autre établissement médicalisé, ou non, susceptibles d'être confrontés à des besoins de prise en charge palliative et/ou à situations de fin de vie ;
 - Nombre de personnes malades ou en perte d'autonomie, suivies en hospitalisation à domicile (HAD) par des équipes mobiles de soins palliatifs, des équipes référentes de soins de proximité, etc.

2-2 Missions des filières territoriales de soins palliatifs

À l'échelle du territoire, il est attendu la mise en place de parcours gradués et coordonnés, incluant l'accès facilité au niveau d'hospitalisation requis et, autant que possible, sans passage préalable par les urgences.

La filière territoriale doit garantir :

- Une offre graduée, permettant le repérage des situations palliatives, l'initiation de soins palliatifs en proximité autour du médecin traitant ou d'une équipe référente (en établissement ou à domicile) :
 - Une hospitalisation accessible aux trois niveaux de recours (dont lits identifiés de soins palliatifs-LISP, unités de soins palliatifs-USP, HAD...);
 - Une prise en charge à domicile sur les trois niveaux de recours en mobilisant si besoin les ressources à l'échelle supra-territoriale ;
- L'identification et la disponibilité d'équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) couvrant l'ensemble des lieux de vie et de soins, incluant la précarité et le handicap. En fonction des territoires une ou plusieurs équipes mobiles peuvent assurer ces missions ;
- L'accès à des consultations spécialisées en soins palliatifs, y compris en soins palliatifs pédiatriques ;
- L'accès à un hôpital de jour (dans les territoires sur lesquels leur organisation est possible et à l'échelle supra-territoriale à défaut) ;
- L'accès à une expertise pédiatrique en soins palliatifs, avec l'appui de l'ERRSSP et des équipes mobiles de territoire ;
- L'organisation d'un appui territorial (expertise, accès à la filière, aide à la collégialité) accessible en journée et étendu en soirée. Une organisation, au niveau régional, est mise en place en complément pour garantir l'accès des professionnels de santé à un appui téléphonique en soins palliatifs 7/7j - 24/24h ;
- L'organisation de réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) ;
- Une organisation de la gestion des urgences palliatives (conseil, appui à la collégialité, accès à l'hospitalisation) tenant compte de l'offre du territoire (18, 15, régulation médicale libérale, appuis territoriaux de soins palliatifs, etc.) et formalisant l'articulation avec le SAMU ;
- L'accès à des bénévoles d'accompagnement en soins palliatifs dont l'intervention à domicile (hors établissements de santé, sociaux et médico-sociaux) doit être facilitée et organisée conformément aux conditions de mise en œuvre³ ;
- L'accès à une aide et à un appui des aidants ;
- L'accès à une offre d'accompagnement du deuil, pour les proches de la personne décédée ;
- Une offre de formation à l'attention des professionnels et personnels (soignants et non soignants), exerçant en établissement et en ville, à visée de spécialisation ou transversale.
- Une offre de soutien des professionnels, soignants et non soignants.

Certaines missions peuvent être organisées à l'échelle supra-territoriale :

- En hôpital de jour (HDJ) « médecine palliative » ;
- En unités de soins palliatifs (USP) ;
- En dispositifs d'appui accessibles en week-end et en nuit profonde ;
- En équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP).

³ Art L. 1110-11 du Code de la santé publique.

2-3 La prise en charge graduée en soins palliatifs

2-3-1 Principes

La prise en charge palliative comprend obligatoirement l'évaluation des besoins de soins et d'accompagnement de la personne et de ses proches, intégrée dans le projet personnalisé de vie et de soins. Elle traite des questions d'ordre éthique.

Une programmation précoce des soins palliatifs dans les parcours de santé et l'abord précoce de la non curabilité de la maladie participent directement de l'amélioration de la prise en charge de cette période de vie.

Les professionnels de l'équipe de santé de proximité, en premier lieu le médecin traitant ou le médecin référent, accompagnent les personnes en situation palliative tout au long de leur parcours de prise en charge, quel que soit leur lieu d'hospitalisation ou leur lieu d'hébergement.

Autour du binôme médecin / infirmier, d'autres professionnels sont amenés à intervenir auprès de la personne malade (autres médecins hospitaliers ou de ville, médecin coordonnateur d'EHPAD, infirmier de coordination ou de pratique avancée, masseur-kinésithérapeute, pharmacien, psychologue, ergothérapeute, assistant social, aide-soignant, auxiliaire de vie, ambulancier, etc.).

L'équipe de santé de proximité informe la personne malade sur les évolutions prévisibles liées à sa pathologie et aborde, au travers de discussions anticipées, sur la possibilité de désigner une personne de confiance et de rédiger des directives anticipées.

Les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), les centres de santé, les autres structures d'exercice coordonné, les CPTS, les DAC, facilitent l'organisation des échanges et les interventions des acteurs.

Certains professionnels ayant renforcé leurs compétences en soins palliatifs peuvent être identifiés en qualité de ressources de proximité en soins palliatifs et intervenir en appui du médecin traitant de la personne malade ou en relai de ce dernier en cas d'absence ou d'indisponibilité. Ils s'intègrent à la filière palliative.

En cas d'hospitalisation, le lien entre l'équipe intervenant à domicile et les professionnels hospitaliers est primordial. Il facilite le transfert d'informations, l'intégration des professionnels de proximité dans les procédures collégiales ou les réunions de concertations pluri-professionnelles (RCP). Il permet l'organisation du retour à domicile, la prévision d'un éventuel lit de repli hospitalier, le recours à l'HAD, devant une situation à risque de déstabilisation, qu'elle soit en lien avec une complexité de la situation médicale ou avec un risque d'épuisement de l'entourage, et dans le but d'éviter un passage par le service des urgences.

2-3-2 Les trois niveaux de graduation

À travers les filières territoriales de soins palliatifs, les ARS structurent l'offre de soins palliatifs, l'appui aux effecteurs de soins et la coordination des acteurs selon une graduation des soins qui s'organise pour la personne soignée, selon son lieu de soins (en établissement ou à domicile) et selon ses choix, en tenant compte du niveau de complexité de la situation, des besoins d'intensité de soins et des acteurs mobilisables.

La graduation distingue trois niveaux de prise en charge :

Le niveau 1 correspond aux situations stables et non complexes et/ou nécessitant des ajustements ponctuels.

Le niveau 2 correspond aux situations à complexité médico-psycho-sociale intermédiaire.

Le niveau 3 correspond aux situations à complexité médico-psycho-sociale forte ou instable.

Schéma synthétique de l'offre graduée de soins palliatifs, selon l'état de santé de la personne malade, à domicile et à l'hôpital :

GRADATION DES SOINS SELON LA SITUATION DE LA PERSONNE MALADE	LIEU DE VIE ET DE SOINS	
	Domicile (prise en charge ambulatoire)	Etablissements de santé avec hébergements
	Domicile privatif, maison de répit, établissement social et médico-social (EHPAD, FAM, MAS, lit halte soin santé, lit d'accueil médicalisé, appartement de coordination thérapeutique, etc.) ou autre (prison, etc.)	Etablissement public, privé non lucratif et privé lucratif
Niveau 1 Situation stable et non complexe et/ou nécessitant des ajustements ponctuels	Equipe pluriprofessionnelle de santé de proximité, organisée autour du binôme médecin généraliste et infirmier + Aides à domicile (SSIAD, SPASAD, SAAD) +/- Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP)*	Lits en MCO, SSR et USLD +/- Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP)
Niveau 2 Situation à complexité médico-psycho-sociale intermédiaire	Professionnels du niveau 1 + Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP)* Ou HAD en lien avec les professionnels du niveau 1 +/- Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP)*	LISP (en MCO et SSR) +/- Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP)
Niveau 3 Situation à complexité médico-psycho-sociale forte /instable	Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP)* + HAD en lien avec les professionnels du niveau 1 Ou Professionnels du niveau 2 si coordination et mobilisation au lit du malade effective et médicalisée 24h/24h	USP (en MCO et SSR) +/- Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP) en prévision du déploiement du projet de vie et de soins au-delà du séjour hospitalier

*Appui des équipes expertes en soins palliatifs (EMSP-ERRSPP) à domicile :

- En niveau 1 : avis ponctuel (parcours, expertise)

- En niveau 2 : aide à la coordination/expertise pouvant inclure des visites à domicile auprès de la personne malade

- En niveau 3 : appui en qualité d'expertise

Source : Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie, édition 2023

Note : par « aides à domicile (SSIAD, SPASAD, SAAD) », comprendre les services autonomie à domicile dans la perspective de leur déploiement à compter du 1^{er} juillet 2023.

L'organisation de la prise en charge de la personne soignée à domicile repose sur sa volonté de rester chez elle et la possibilité de son entourage de l'accompagner. Le patient est suivi par les professionnels de proximité (médecin traitant, infirmier, pharmacien, auxiliaire de vie, etc.), qui peuvent bénéficier de l'appui d'une équipe spécialisée en soins palliatifs. Le patient peut bénéficier d'un accompagnement assuré par des associations de bénévoles d'accompagnement.

Si la situation est stable ou non complexe (niveau 1), les soins palliatifs sont délivrés par les professionnels de santé habituels.

Le médecin traitant assure le suivi médical, en lien avec les infirmiers et les autres acteurs de l'équipe de santé de proximité, les services autonomie à domicile, et les autres médecins référents qui prennent en charge habituellement la personne malade.

En cas de besoin ponctuel d'une expertise palliative ou d'une aide à la collégialité, notamment la nuit ou le week-end, les professionnels peuvent contacter l'appui territorial en soins palliatifs en lien avec le Service d'accès aux soins (SAS)⁴.

Si la situation nécessite des soins palliatifs renforcés (niveau 2), les professionnels de santé habituels peuvent faire appel aux équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) ou aux équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP) ou encore à un service d'hôpital de jour en soins palliatifs (HDJ).

⁴ Articles L. 6311-2 et L. 6311-3 du Code de la santé publique.

Si la situation est complexe ou nécessite une approche plus experte des soins plus techniques, plus fréquents ou continus (niveau 3), une hospitalisation à domicile (HAD) peut être mise en place si l'équipe de premier recours n'est plus en mesure de répondre aux besoins. Le recours à une EMSP et/ou à une HAD est particulièrement recommandé lorsque la situation nécessite une réflexion collégiale, en cas de douleurs ou de symptômes rebelles, ou de nécessité de recours à des pratiques complexes telles que les pratiques sédatives.

Sont évalués et anticipés notamment la possibilité de mobilisation de professionnels soignants et de services autonomie à domicile, les modalités de coordination des professionnels, l'accès à un accompagnement psychologique et social, la mise en lien avec des associations de bénévoles d'accompagnement. Des aides professionnelles, aides à domicile ou auxiliaires de vie, doivent être proposées afin d'éviter l'épuisement des aidants. La mise en œuvre de discussions anticipées et le soutien aux proches aidants sont organisés.

L'hospitalisation en établissement peut être organisée lorsque l'état de santé de la personne malade le nécessite ou si son environnement de vie ne permet pas le maintien au domicile.

Elle repose en premier lieu sur les services de l'établissement de santé qui la prend habituellement en charge (niveau 1). Ces services peuvent faire appel, selon l'âge de la personne malade à une EMSP ou une ERRSPP pour obtenir un appui ou des conseils spécialisés.

Si la situation nécessite des soins palliatifs renforcés (niveau 2), la personne malade peut être prise en charge dans un lit identifié de soins palliatifs (LISP). Les services qui reçoivent régulièrement des patients en fin de vie sont incités à développer des lits identifiés de soins palliatifs.

Si la situation est complexe ou nécessite une approche plus experte (niveau 3), la personne peut être adressée dans une unité de soins palliatifs (USP). Le recours à une USP reste toutefois possible pour des patients requérant des soins palliatifs de niveau 1 et 2 dès lors qu'elle représente la meilleure option compatible avec des soins en proximité.

2-4 Organisation et articulation des acteurs

La structuration de la filière territoriale de soins palliatifs permet de préciser les organisations et les articulations entre les acteurs. Elle veille également à son articulation avec les autres filières de soins (gériatrie, oncologie, pédiatrie, urgences dont SAMU, cancer, maladies rares, maladies chroniques et neuro-évolutives, insuffisance d'organes, etc.).

Elle peut se matérialiser par une convention de partenariat cosignée par l'ARS et les acteurs de la filière de soins palliatifs territoriale.

La filière comprend l'ensemble des établissements de santé, y compris l'hospitalisation à domicile, prenant en charge des personnes requérant des soins palliatifs, notamment ceux ayant une activité de soins palliatifs et, parmi eux, ceux disposant de LISP, USP, EMSP, ou encore, ayant mis en place une HDJ dédiée. Il convient à ce titre de rappeler la mission des hôpitaux de proximité⁵.

Elle identifie également les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) notamment les services autonomie à domicile, les professionnels de santé de ville (en cabinet, en centre de santé, ou autres structures d'exercice coordonné), qui au même titre que les établissements de santé, prennent en charge des personnes recevant des soins palliatifs.

⁵ Article L. 6111-3-1 du Code de la santé publique : « En fonction des besoins de la population et de l'offre de soins présente sur les territoires sur lesquels ils sont implantés, les hôpitaux de proximité exercent d'autres activités, notamment la médecine d'urgence, les activités prénatales et postnatales, les soins de suite et de réadaptation ainsi que les activités de soins palliatifs, et peuvent apporter leur expertise aux autres acteurs par le biais d'équipes mobiles ».

Elle s'articule étroitement avec les DAC qui, s'ils n'ont pas de missions de soins, sont en capacité d'intervenir pour faciliter la coordination des acteurs, notamment en cas de situations psycho-sociales complexes rencontrées chez la personne malade, ainsi qu'avec les centres de ressources territoriaux (CRT).

L'offre doit être lisible pour les acteurs, et notamment en ce qui concerne l'accès possible à une ERRSPP dans les services de pédiatrie et dans les modalités possibles de prise en charge palliative dans les services accueillant des personnes atteintes de pathologies à forte proportion de soins palliatifs : gériatrie, oncologie, neurologie, néonatalogie, maladies métaboliques, insuffisances fonctionnelles d'organe (cardiaque, rénale, respiratoire...), etc.

Les missions de chaque acteur sont précisées au moyen de la formalisation de la filière avec l'ensemble des acteurs et reposent sur des référentiels.

3- Suivi et évaluation de la mise en œuvre du cadre d'organisation des soins palliatifs

Afin de suivre l'évolution de l'offre de soins palliatifs et la mise en œuvre de l'instruction, un recueil de données sera formalisé qui permettra d'alimenter une base nationale annuellement mise à jour.

Des indicateurs de suivi rendront compte de l'organisation des filières de soins palliatifs et notamment de :

- La formalisation de la filière de soins palliatifs, incluant l'état des lieux des problématiques territoriales rencontrées, des besoins, des attentes des acteurs ainsi que la définition des territoires au sein desquels est déclinée une filière de soins palliatifs ;
- Du nombre de réunions de l'instance de gouvernance de la filière régionale de soins palliatifs, réalisées dans l'année ;
- Du recensement, et de son actualisation, des acteurs de la filière et suivi de l'évolution de la couverture territoriale des structures de soins palliatifs (dont le nombre d'USP supplémentaires, d'HAD, d'HDJ « médecine palliative », etc.), de l'évolution des postes vacants (médicaux et paramédicaux) en structures de soins palliatifs, de la création d'une cellule d'animation régionale de soins palliatifs, de la mise en place d'appuis de soins palliatifs, etc. ;
- Des organisations (intra ou extra-établissement, mixtes...) contribuant à améliorer l'accès aux soins palliatifs, leur précocité d'introduction, leur graduation, etc. afin de procéder à leur évaluation et d'étudier leur généralisation ;
- La formalisation des partenariats conclus entre les équipes spécialisées de soins palliatifs avec les EHPAD et les autres établissements et services médico-sociaux, les associations de bénévoles d'accompagnement, les plateformes de répit, les CPTS, les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), les centres de santé, les autres structures d'exercice coordonné, etc.

Les référentiels annexés orientent sur la définition d'indicateurs prioritaires sur le suivi des missions respectives des équipes spécialisées en soins palliatifs.

Annexe 2

Référentiel d'organisation relatif aux unités de soins palliatifs (USP)**1. Définition et missions****Définition**

Les unités de soins palliatifs (USP) sont des unités spécialisées qui ont une **activité spécifique et exclusive en soins palliatifs**. Elles accueillent en hospitalisation complète des personnes atteintes de maladies graves et incurables quel que soit le stade évolutif (en phase précoce, avancée ou terminale pour des symptômes ou des situations complexes, non contrôlés) et dont la prise en soin nécessite une équipe pluridisciplinaire formée et compétente en soins palliatifs.

Les USP assurent les **missions de soins, de formation et, pour certaines, de recherche**.

Les USP ont vocation à être **polyvalentes et donc à prendre en charge des patients quelle que soit leur pathologie**. Dans certaines situations, elles peuvent toutefois être spécialisées dans la prise en charge de certaines pathologies (cf. « Organisation »).

Elles sont portées par des établissements de santé, au titre de leur activité de médecine ou de soins médicaux et de réadaptation (SMR). En SMR, elles doivent bénéficier d'un ratio adéquat de personnel pour remplir leurs missions de soins et d'accompagnement des patients et de leur entourage. **Il est recommandé qu'une USP du territoire de la filière de soins palliatifs relève d'une activité de médecine**.

L'implantation **de 3 lits d'USP pour 100 000 habitants est le minimum recommandé**.

Tous les CHU doivent comprendre a minima une USP, ou à défaut, doivent établir une convention avec une USP du territoire.

Une USP doit offrir une capacité minimale de 10 lits.

Le nombre et les capacités des USP **sont fonction de la densité de population, de la géographie locale et des conditions d'accès (temps, praticité...), des flux de patients**. Dans les territoires à faible densité de population, la configuration de l'offre spécialisée en soins palliatifs sera établie à l'issue d'une concertation des acteurs, sous l'égide de l'ARS, pour conjuguer les impératifs de qualité des soins et de prise en charge de proximité.

L'USP intervient au **3^{ème} niveau de la graduation des soins**, pour accueillir des patients relevant de situations de **complexité médico-psycho-sociale forte ou instable**. Le recours à une USP reste toutefois possible pour des patients requérant des soins palliatifs de niveau 1 et 2 dès lors qu'elle représente la meilleure option compatible avec des soins en proximité.

Missions

L'USP a trois missions socles.

1/ Elle assure des missions de soins de niveau expert dans des situations complexes ou de recours et offre conseil et soutien aux professionnels qui peuvent la consulter. À ce titre, elle :

- **Évalue et traite** des symptômes complexes ou réfractaires (par exemple, antalgie intrathécale, sédation pour soins douloureux avec recours à kétamine, propofol, etc.) et la gestion de la douleur nécessitant une compétence, une technicité spécifique ou le recours à un plateau technique ;
- **Gère** des situations dans lesquelles se posent des questions éthiques pouvant être complexes ;

- **Accompagne les personnes malades hospitalisées ainsi que leur entourage**, notamment dans un contexte socio-familial complexe ou dans les cas de difficultés psychologiques. Elle les oriente et les outille dans leur connaissance et l'appropriation de leurs droits. Elle leur permet un accès à un appui psychologique et/ou social. Elle accompagne et oriente les proches endeuillés.

- **Participe à la permanence d'accès à l'expertise et aux appuis territoriaux de soins palliatifs**, pour mettre à disposition son expertise aux professionnels de santé et aux personnels soignants.

2/ Elle contribue à la **formation initiale, et continue**, des professionnels de santé. À ce titre, elle :

- **Participe à l'élaboration et/ou à la dispensation d'enseignements en formation initiale et en formation continue et propose des formations** aux professionnels de santé du territoire ou de la région ;

- **Accueille des professionnels dans le cadre de leur formation**. L'USP fait partie des lieux de stage privilégiés pour tout professionnel engagé dans une démarche d'amélioration des pratiques en soins palliatifs et en accompagnement de la fin de vie. **Elle participe à l'offre de compagnonnage en soins palliatifs**. Elle accueille notamment les professionnels des autres structures de soins palliatifs afin de maintenir leur niveau de compétences.

- **Peut accueillir notamment des étudiants en médecine des 1^{er} au 3^{ème} cycles**.

3/ Elle participe, le cas échéant, à des **missions de recherche**, dans une dynamique pluridisciplinaire, dans les domaines de la recherche clinique et thérapeutique en soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie, de l'éthique, des sciences humaines et sociales, de pédagogie. Des USP peuvent être identifiées pour cette mission, à l'échelle régionale, dans une démarche de mutualisation.

L'USP peut également participer **au fonctionnement des espaces éthiques régionaux** pour les questions concernant la fin de vie.

2. Organisation des activités et articulation avec les acteurs

Organisation des activités

Une USP est à la fois un **lieu de soins** pour des personnes malades et leur proches et un **lieu permettant d'élaborer les projets de vie**, qui a vocation à accueillir des **patients quelle que soit leur pathologie**. **Des patients mineurs doivent pouvoir être accueillis en USP**, avec le soutien de l'équipe régionale ressources en soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP) et des services spécialisés prenant en charge le patient et sa famille.

Dans certains territoires déjà dotés d'au moins une USP polyvalente, **des USP à orientations spécifiques peuvent être identifiées** (exemples : USP oncologique dans un centre de lutte contre le cancer (CLCC), USP gériatrique accueillant des patients avec des troubles cognitifs notamment dans un établissement de santé gériatrique).

Les motifs d'admission en USP sont multiples :

- Difficulté de prise en soins sur le lieu de vie habituel (domicile, établissement médico-social), dans une structure hospitalière disposant ou non de LISP ;
- La personne malade présente une détérioration majeure de sa qualité de vie ou de son environnement, notamment familial, liée à l'intensité ou à l'instabilité des symptômes, à une souffrance morale intense, à une situation socio-familiale rendant le maintien difficile dans le lieu de vie souhaité ;
- Se pose une question éthique particulièrement complexe.

Afin de s'adapter au mieux aux besoins des patients et de leurs proches, l'USP peut prendre en charge des patients pour un séjour de fin de vie, pour un séjour d'une durée limitée (situations dans lesquelles un temps de répit est nécessaire à l'accompagnant principal ou aux soignants de référence) ou pour une hospitalisation en situation de crise ou de décompensation.

L'accès à l'USP doit être possible 24h/24, 7j/7 directement sans passage par le service des urgences.

L'accès aux plateaux techniques et aux prises en charges interventionnelles doit être facilité, en cas de besoin.

Dès l'admission d'un patient et tout au long de son hospitalisation, les motifs et les objectifs de l'hospitalisation font l'objet **d'évaluations régulières**, tant du point de vue des soignants que de la personne malade et des proches. Cette évaluation permet d'élaborer, et d'adapter, le **projet de soins et d'accompagnement personnalisé pour chaque patient**.

L'USP **organise la sortie d'hospitalisation et le relai de la prise en charge palliative**, en faisant le lien avec l'ensemble des acteurs ou équipes intervenant à domicile.

Articulation avec les acteurs

L'USP définit ses règles de fonctionnement, établit des conventions avec chaque acteur de soin par laquelle elle s'engage dans une démarche d'articulation et de collaboration à l'échelle territoriale. Elle en informe l'ARS et la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). **Des protocoles doivent faciliter les transferts de patients et la transmission des informations.**

L'intervention de l'USP est **intégrée dans la convention conclue entre les acteurs dans le cadre de la déclinaison territoriale de la filière régionale de soins palliatifs, sous l'égide de l'ARS.**

Les termes de la convention définissent notamment :

- La simplification des transferts de patients ainsi que des informations les concernant ;
- Les articulations entre USP et EMSP ;
- Les articulations entre USP et LISP ;
- La participation de l'USP aux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) en soins palliatifs.

L'USP doit pouvoir bénéficier de l'intervention intra ou inter-établissement d'une EMSP. Les articulations entre l'USP et l'EMSP doivent être privilégiées en ce qu'elles œuvrent à deux niveaux complémentaires, dans une logique de recours et de ressource. Les modalités de leur collaboration doivent être précisées afin d'optimiser le transfert des malades en situation complexe (dossier d'admission, demandes anticipées, transmission d'informations...).

L'USP **participe aux RCP de soins palliatifs** avec les autres acteurs des soins palliatifs.

Des conventions entre l'établissement portant l'USP et des **associations de bénévoles d'accompagnement** sont passées pour formaliser leur intervention dans les services et leur relai au domicile.

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), de par leurs missions d'information, de structuration des parcours des usagers et de coordination des professionnels des soins du premier et/ou second recours tant au niveau hospitalier que médico social et social d'un même territoire, contribuent à améliorer visibilité et lisibilité des USP.

3. Fonctionnement de l'équipe et moyens

Fonctionnement de l'équipe

Une permanence médicale en soins palliatifs 24 h/24, 7 j/7 est assurée pour les patients pris en charge en USP qui doit pouvoir être jointe au téléphone à tout moment.

Les samedis, dimanches et jours fériés, une présence médicale d'au moins une demi-journée est requise.

Les activités requièrent un travail en équipe. À ce titre, un **projet de service** est mis en œuvre, des dossiers de soins pluridisciplinaires sont élaborés et partagés, des réunions de synthèse pluridisciplinaires sont organisées à un rythme hebdomadaire et des délibérations collégiales sont mises en place.

L'effectif de l'USP est adapté à l'activité et aux patients qu'elle a vocation à prendre en charge. L'équipe **se compose, à titre indicatif**, des professionnels suivants, établis sur la base de 10 à 12 lits, et à **adapter selon les besoins et les articulations avec les autres acteurs de la filière de soins palliatifs** :

- 2,5 équivalents temps plein (ETP) de médecins, dont au moins un médecin ayant plusieurs années d'expérience en soins palliatifs ;
- 9 ETP d'infirmier diplômés d'État (IDE) ;
- 10 ETP d'aide-soignant ;
- 3,5 ETP d'agent des services hospitaliers (ASH) ;
- 1 ETP de psychologue ;
- 0,5 ETP d'assistant de service social ;
- 1 cadre ;
- Du temps de secrétariat ;
- 1 ETP de rééducateur : masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, diététicien, etc.

L'ensemble des personnels de l'USP doit avoir reçu une formation aux soins palliatifs et en accompagnement de la fin de vie. Pendant leur période d'intégration, les personnels de l'USP doivent bénéficier d'un tutorat comportant un temps de travail en binôme, sous la responsabilité d'un binôme médecin/cadre.

Les médecins et la majorité des personnels soignants doivent avoir suivi une formation diplômante en soins palliatifs (diplôme de type inter-universitaire [DIU] ou diplôme d'études spécialisées complémentaires [DESC] « médecine de la douleur et médecine palliative », faculté des sciences et techniques [FST], etc.). Une expérience ou une compétence en matière **d'évaluation et de traitement de la douleur, d'éthique clinique, est requise pour au moins un médecin, un cadre ou un infirmier.**

L'un des membres de l'équipe (médecin, cadre ou infirmier) doit avoir bénéficié d'une **formation au management et à la coordination d'équipe** ou avoir une expérience de formateur.

Les membres de l'USP sont mobilisés dans une **démarche d'amélioration continue** de la qualité et de la sécurité des soins, des pratiques en soins palliatifs, en gestion de la douleur et en accompagnement de la fin de vie. Un **programme de formation continue** est prévu pour garantir leur maintien à niveau et/ou l'amélioration de leur niveau de compétences.

Les membres de l'USP doivent également disposer de **soutien**, assuré par un professionnel qualifié extérieur à l'équipe. Ce soutien repose notamment sur **l'organisation régulière de groupes de parole** et sur **l'analyse régulière des pratiques et des situations rencontrées.**

Ils doivent être assurés qu'une demande de mobilité de leur part sera considérée en cas de souhait de changement d'activité ponctuel ou définitif.

Moyens à disposition de l'équipe

L'USP doit mettre à disposition des patients des **chambres individuelles** et proposer un **lit d'appoint pour les proches**, dans la chambre du patient.

Une pièce d'accueil et/ou de repos pour les proches, **un lieu pour les bénévoles d'accompagnement**, ainsi que des **locaux de réunion** doivent être mis à disposition de l'équipe de l'USP, destinés notamment aux entretiens avec les proches, aux réunions de l'équipe.

4. Indicateurs de suivi et d'évaluation

L'activité de l'USP est retracée dans un **rapport d'activité annuel**, transmis à l'ARS. Il comprend la description des interventions correspondant à chacune des missions-socles définies dans le présent référentiel, la composition et le fonctionnement de l'équipe, etc.

Il comprend notamment des indicateurs se rapportant aux éléments suivants :

- Séjours de soins palliatifs dans l'USP ;
- Retours à domicile parmi les patients suivis et modalités de prise en charge ;
- Personnels soignants dont la formation a été renouvelée en soins palliatifs, en gestion de la douleur, en accompagnement de la fin de vie ;
- Heures d'enseignement dispensées par des membres de l'USP ;
- Professionnels de santé et personnel soignant accueillis en formation initiale ou continue au sein de l'USP ;
- Admissions directes sans passage par les urgences et origine des patients ;
- Patients provenant de LISP ;
- Admissions la nuit et le week-end ;
- Engagement dans des activités de recherche ;
- Accompagnement des aidants.

Annexe 3

Référentiel d'organisation des lits identifiés de soins palliatifs (LISP)**1. Définition et missions****Définition**

Les LISP sont identifiés par les ARS dans des établissements de santé et offrent une **prise en charge spécialisée** en soins palliatifs, en gestion de la douleur et accompagnement de la fin de vie. Ils se situent **dans des services dont l'activité n'est pas exclusivement consacrée aux soins palliatifs** mais identifiés comme des services accueillant fréquemment des personnes requérantes en soins palliatifs.

L'individualisation de LISP au sein d'un service ou d'une unité de soins, dans une partie de cette unité dédiée, permet d'optimiser son organisation pour apporter une réponse plus adaptée à des personnes qui relèvent de soins palliatifs et d'un accompagnement spécifique, ainsi qu'à leurs proches.

Les lits identifiés peuvent relever d'une **activité de court séjour ou de soins médicaux et de réadaptation**.

Les lits identifiés de soins palliatifs (LISP) représentent le **2^{ème} niveau** de la graduation des soins palliatifs.

L'appréciation du besoin de LISP est **précisée dans le schéma régional de santé**.

Chaque filière territoriale de soins palliatifs dispose de LISP.

Les LISP font l'objet d'une **reconnaissance par les ARS** et d'une contractualisation avec les établissements de santé dans la mesure où cette reconnaissance permet l'attribution de moyens supplémentaires. Un arrêté établit le nombre de LISP reconnus et un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement précise les ressources humaines mobilisées pour réaliser les missions.

Le projet d'établissement et le projet de service décrivent la prise en charge spécialisée au sein des LISP, reconnus comme tels par l'ARS.

En hôpital de proximité, il est recommandé de les intégrer au service de médecine. La nature des pathologies prises en charge dans le service et le nombre de situations de fin de vie qu'elle génère, la fréquence des décès, l'âge moyen des patients sont des critères à prendre en compte pour apprécier l'opportunité d'identifier des lits au sein d'une unité de soins.

Dans les services comprenant des LISP, il est recommandé qu'il en soit identifié **au moins trois**.

Les LISP sont reconnus par l'ARS pour une **durée de cinq ans** et leur **renouvellement est conditionné aux résultats d'une évaluation de leur activité**.

Missions

Les LISP ont quatre missions-socles.

1/ Les LISP assurent une prise en charge de proximité. Leurs **équipes médicales et paramédicales sont formées** aux prises en charge palliatives, à la gestion de la douleur et à l'accompagnement de la fin de vie et exercent dans un cadre adapté.

Les lits identifiés de soins palliatifs permettent la prise en charge des personnes malades **dont l'état nécessite des soins palliatifs sans se trouver pour autant dans une situation trop complexe en termes clinique ou éthique** et sans que le recours à une expertise très spécialisée ou à un plateau technique soit nécessaire. Les soins médicaux et d'accompagnement sont en général prodigués par les **équipes ayant pris en charge les soins liés à la maladie initiale**.

2/ Les personnels exerçant au sein des LISP contribuent au **renforcement des compétences en soins palliatifs des équipes médicales et paramédicales.**

Ils contribuent collectivement à garantir :

- **La prise en charge** de personnes malades relevant de la spécialité du service, qui **intègre une démarche palliative précoce** ;
- **L'accueil de personnes malades** dans le cadre de la filière palliative territoriale et en lien avec les équipes mobiles de soins palliatifs-EMSP, les équipes de soins primaires, HAD, USP..., en particulier l'accueil direct de personnes malades en situation de crise ;
- **La continuité du parcours de soins**, dans des conditions adaptées au niveau de soins requis incluant l'organisation de la sortie d'hospitalisation.

3/ Les services ayant des LISP veillent à **informer la personne malade sur ses droits**, notamment, sur les dispositifs que sont les directives anticipées, la désignation de la personne de confiance.

4/ Les services comprenant des LISP identifiés ont également des **missions d'écoute et d'accompagnement des proches**. Ils accompagnent et orientent les proches endeuillés.

Les services disposant de LISP **assouplissent les règles relatives aux horaires de visites** aux personnes malades. Ils **favorisent les échanges** entre membres de l'équipe, proches et bénévoles d'accompagnement. Les **établissements disposant de LISP s'engagent à favoriser l'intervention de bénévoles d'accompagnement**.

En suite du décès, une attention particulière doit être portée aux procédures de mise en bière des personnes décédées, au respect des rites mortuaires, ainsi qu'à l'aide des proches endeuillés sur le plan de démarches administratives et à leur accompagnement y compris sur le plan psychologique.

L'ensemble de ces éléments inscrit les LISP dans une attention à une **démarche palliative précoce intégrée** aux soins spécifiques.

Les services disposant de LISP font partie des **lieux de stage privilégiés** pour tout professionnel engagé dans une démarche d'amélioration des pratiques en soins palliatifs, en gestion de la douleur et en accompagnement de la fin de vie. Ils participent à l'offre de **compagnonnage** en soins palliatifs.

Ils peuvent également être associés à des actions de **recherche**, en lien avec une équipe (telle que l'équipe d'une USP, d'une EMSP, etc.).

Les médecins référents des LISP peuvent participer à **l'appui territorial de soins palliatifs**¹.

2. Organisation des activités et articulation avec les acteurs

Organisation des activités

L'établissement disposant de LISP reconnu par l'ARS en établit les règles de fonctionnement, qu'il **diffuse à l'ensemble de ses partenaires, établissements, services et professionnels**, avec lesquels il engage une démarche d'articulation et de collaboration, à l'échelle territoriale.

¹ Instruction n° DGOS/R4/2022/31 du 7 février 2022 relative à la pérennisation des appuis territoriaux gériatriques et de soins palliatifs.

Dans ce cadre, les services disposant de LISP définissent les **critères d'admission** correspondant aux besoins identifiés sur leur territoire s'agissant de **personnes malades relevant du 2^{ème} niveau de la graduation des soins palliatifs**, dont la **situation médico psycho sociale justifie une hospitalisation** et pour lesquelles **l'accès à une ressource spécialisée en soins palliatifs** est requis. L'admission de personnes malades résidant sur le territoire couvert par la filière est à privilégier pour garantir un recours en proximité.

Un **projet de soins individualisé**, évolutif, est défini et tracé dans le dossier médical. La décision de sortie du patient est prise sur les mêmes critères d'évaluation et en lien avec les intervenants d'aval.

Articulation avec les acteurs

L'articulation des LISP avec les autres structures et équipes de soins et d'accompagnement, et en particulier les équipes mobiles de soins palliatifs, internes ou externes à l'établissement, doit être formalisée et est **intégrée dans la convention conclue entre les acteurs dans le cadre de la déclinaison territoriale de la filière régionale de soins palliatifs, sous l'égide de l'ARS**. Le recours des services disposant de LISP, à l'expertise d'une structure d'appui (EMSP/ERRSPp), doit notamment être formalisé dans ce cadre.

Les LISP **doivent pouvoir bénéficier de l'intervention, intra ou inter-établissement, d'une équipe mobile de soins palliatifs**, y compris en cas de recours à une expertise en pédiatrie (ERRSP ou équipe mobile disposant de professionnels formés en soins palliatifs pédiatriques). Le recours aux EMSP doit être suffisamment anticipé.

L'articulation avec les **USP doit notamment avoir pour effet de faciliter l'accès à des lits d'aval**.

Les modalités de coopération des LISP avec les **acteurs du domicile** (équipes d'hospitalisation à domicile, médecin traitant et équipe référente, associations d'aides à domicile, services autonomie...), avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées, pour personnes en situation de handicap, en situation de précarité, avec les établissements sociaux, sont formalisées de sorte à organiser l'accès facilité aux LISP pour les personnes malades du territoire, quel que soit leur lieu de soins ou de vie.

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) contribuent à améliorer la visibilité des LISP et de leur articulation, à travers leurs missions en faveur de la structuration des parcours de santé des usagers, patients et résidents et pour la coordination des professionnels des soins du premier et/ou du second recours, hospitaliers, médico-sociaux et sociaux d'un même territoire.

Des conventions sont passées avec des **associations de bénévoles d'accompagnement**, qui contribuent à faciliter leur intervention dans les services.

3. Fonctionnement de l'équipe et moyens

Fonctionnement de l'équipe

Un référent médical et un référent soignant sont identifiés en qualité de « référents soins palliatifs » au sein du service concerné. Ils ont un rôle spécifique en matière de coordination et sont plus particulièrement chargés :

- Du **développement de la démarche palliative au sein du service**, en particulier dans une perspective d'intégration précoce des soins palliatifs ;
- Des **entretiens d'annonce ou d'explication pour les proches**, en lien avec l'équipe de soin et les autres médecins intervenant dans la prise en charge du patient (médecin généraliste, oncologue, autre spécialiste...) ;
- De **l'organisation des hospitalisations au sein du service** en lien avec les professionnels du territoire ;

- De **l'articulation avec les autres équipes participant à la filière territoriale**, et plus généralement des liens avec les équipes mobiles de soins palliatifs internes et externes, l'unité de soins palliatifs (USP), les équipes de soins primaire et l'HAD, les ESMS...

L'organisation du service doit permettre l'accès en fonction des besoins du patient, à un psychologue, à un assistant de service social, à un bénévole d'accompagnement, à des professionnels tels qu'ergothérapeute, masseur-kinésithérapeute, intervenant en activité physique adaptée (APA), diététicien, psychomotricien, etc.

Les missions spécifiques des LISP justifient un **renfort de temps de personnels** comparativement à ceux définis pour les autres lits du service.

L'ensemble des personnels du service disposant de LISP doit bénéficier d'une formation en soins palliatifs, en gestion de la douleur et en accompagnement de la fin de vie. Ils mettent en œuvre la démarche palliative et sont engagés dans une **démarche d'amélioration continue** de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des pratiques en soins palliatifs, en gestion de la douleur et en accompagnement de la fin de vie.

Les référents soins palliatifs doivent attester d'une **expérience pratique dans une équipe spécialisée en soins palliatifs** (USP ou EMSP) ou une formation en soins palliatifs (diplôme de type inter universitaire [DIU], diplôme d'études spécialisées complémentaires [DESC] « médecine de la douleur et médecine palliative », faculté des sciences et techniques [FST] « médecine palliative », FST « douleur »...).

L'organisation retenue pour les LISP doit identifier et réserver des temps partagés en équipe (staffs), consacrés aux échanges d'informations et aux synthèses cliniques. L'organisation de RCP traduit l'effectivité de démarches collégiales.

Des **modalités de soutien à disposition de l'équipe** (groupes de parole et/ou d'analyse des pratiques, réunions d'analyse de cas...) doivent être prévues de sorte à garantir à ses membres un soutien régulier si besoin, assuré par un professionnel qualifié extérieur à l'équipe. Ce soutien repose notamment sur l'organisation de groupes de parole et sur l'analyse régulière des pratiques et des situations rencontrées.

Les membres de l'équipe doivent être assurés qu'une demande de mobilité de leur part sera considérée en cas de souhait de changement d'activité ponctuel ou définitif.

Moyens à disposition de l'équipe

Les établissements disposant de LISP doivent mettre des **chambres individuelles** à disposition des personnes malades et être en mesure de disposer d'un **lit d'appoint pour les proches, dans la chambre**.

Il est nécessaire de disposer d'une **pièce d'accueil et/ou de repos** pour les proches, d'un **lieu pour les bénévoles d'accompagnement**, ainsi que de **locaux de réunion** destinés notamment aux entretiens avec les proches, aux réunions de l'équipe.

La reconnaissance de LISP ouvre droit à une **facturation spécifique qui permet un renforcement de l'équipe soignante à hauteur de 0,3 ETP par lit**.

4. Indicateurs de suivi et d'évaluation

L'activité des services de l'établissement disposant de LISP est retracée dans un **rapport d'activité annuel, transmis à l'ARS**.

Il comprend notamment des indicateurs se rapportant aux éléments suivants :

- LISP reconnus par l'ARS sur le nombre total de lits des services concernés au sein de l'établissement ;
- Réunions pluridisciplinaires organisées (motifs, profils des participants...) et formalisation des synthèses ;

- Infirmiers et d'aides-soignants formés aux soins palliatifs et/ou à la douleur au sein du service ;
- Recours à une EMSP interne ou externe (nombre, motif, modalités mises en œuvre ...) ;
- Retours à domicile effectués avec / sans un recours à la HAD ; décès de patients pris en charge au sein du LISP ;
- Mise en œuvre d'une procédure d'évaluation tous les 5 ans ;
- Patients pris en charge au sein des LISP.

Annexe 4

Référentiel d'organisation relatif à l'hospitalisation à domicile (HAD)

Ce référentiel précise les spécificités de l'hospitalisation à domicile (HAD) pour sa participation à la filière de soins palliatifs¹.

1. Définition et missions**Définition**

L'hospitalisation à domicile (HAD) est **portée par un établissement de santé** et assure des **soins complexes, continus et coordonnés** en agrègant des compétences autour d'un **protocole de soins**.

Dans une **logique de proximité**, l'**HAD** intervient à domicile, qu'il s'agisse d'une résidence privée ou d'un établissement social ou médico-social.

En tant qu'établissements de santé, les structures sont autorisées à l'activité d'**HAD sur un territoire géographique défini** et ont **l'obligation d'assurer les soins palliatifs au titre de la mention socle**. Elles peuvent intervenir conjointement avec des services autonomie à domicile (SAD, ex-SSIAD/SPASAD). Elles développent un volet soins palliatifs dans leur projet d'établissement.

Les équipes HAD sont **pluriprofessionnelles et pluri-disciplinaires**.

Elles sont formées en soins palliatifs, en évaluation et traitement de la douleur et à l'accompagnement de la fin de vie. Elles développent une démarche qualité dans le champ de la douleur, des soins palliatifs et de l'éthique. Elles **disposent en propre de ressources spécialisées en soins palliatifs** (DU ou DIU, etc. ou expérience significative en soins palliatifs) et **à défaut, s'appuient obligatoirement sur une équipe mobile de soins palliatifs du territoire**.

Elles assurent une **continuité des soins et une régulation médicale 24h/24, 7j/7**.

L'offre de soins qu'elles représentent **les positionne sur les situations cliniques de complexité médico-psycho-sociale intermédiaire, forte ou instable, correspondant principalement aux niveaux 2 et 3 de la graduation des soins palliatifs à domicile**.

Les critères d'admission en HAD répondent au cadre réglementaire et correspondent à des situations d'une **complexité spécifique** du fait de **l'intensité de la prise en charge**, de l'instabilité clinique, du besoin d'accès aux médicaments de la réserve hospitalière, du **caractère multiple des intervenants** ou de **l'importance de la dimension psychosociale**, conformément à la graduation des soins palliatifs.

Il est recommandé **qu'au moins une HAD par territoire soit en capacité d'intervenir sur le niveau 3 de complexité**.

¹ Instruction n° DGOS/R4/2022/219 du 10 octobre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme de l'autorisation d'activité de soins d'hospitalisation à domicile.

Missions

Missions socles :

Les HAD sont obligatoirement **inscrites dans la filière palliative de leur territoire.**

En fonction de ses compétences et de l'organisation territoriale, l'établissement ayant une autorisation d'HAD peut porter des **missions complémentaires à ses missions socles.**

Le suivi en HAD des personnes en situation palliative inclut **l'évaluation des besoins, la coordination des intervenants, l'effectation des soins, l'accompagnement du patient et de ses proches et, si besoin, la coordination du parcours d'aval.**

Ainsi, l'HAD doit :

- **Favoriser le maintien à domicile de la personne malade jusqu'à son décès, si ce maintien est souhaité** par le malade et son entourage ;
- **Assurer une prise en charge axée sur la qualité de vie de la personne malade, dans le respect de ses choix et de son cadre de vie habituel ;**
- **Favoriser les discussions anticipées**, en particulier autour du temps de la fin de vie ;
- **Veiller à une information adaptée du malade et de ses proches**, en lien avec la personne de confiance si elle a été désignée ;
- **Anticiper les décompensations symptomatiques et garantir la continuité des soins et la réactivité de l'équipe**, en fonction des **réévaluations régulières** de l'état de la personne malade ;
- **Assurer l'interface**, en lien avec le médecin traitant, entre l'équipe d'amont et les acteurs du domicile, dans une **logique de complémentarité et de coopération** avec l'ensemble des acteurs du domicile et en synergie avec les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux ;
- **Anticiper et organiser les modalités de repli hospitalier** lorsqu'elles sont nécessaires ;
- **Apporter une prise en charge psychologique ou sociale renforcée**, adaptée au contexte de la fin de vie ;
- **Assurer une coordination** avec les acteurs du maintien à domicile ;
- **Informers et mettre un place un soutien et un accompagnement adaptés aux proches** de la personne malade et plus généralement aux aidants, notamment durant la phase agonique et dans les heures qui suivent la mort. Elle accompagne et oriente les proches endeuillés ;
- **Informers les proches** sur les conditions et les démarches administratives nécessaires en cas de décès au domicile et s'assurer de la **continuité de la prise en charge (notamment psychologique, sociale) des familles après le décès** de la personne malade en **assurant le relais avec les équipes concernées** ;
- **Organiser le retrait du matériel médical et des équipements** de maintien à domicile.

L'HAD **participe à la formation des intervenants à domicile qu'elle coordonne** et propose un soutien aux professionnels salariés et libéraux associés aux soins, contribuant en cela à la diffusion des bonnes pratiques palliatives.

L'HAD fait partie des **lieux de stage privilégiés** pour tout professionnel engagé dans une démarche d'amélioration des pratiques en soins palliatifs, en évaluation et traitement de la douleur et en accompagnement de la fin de vie. Elle participe à l'offre de **compagnonnage** en soins palliatifs.

L'HAD **développe des liens avec l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux de son territoire d'autorisation** incluant le champ du grand âge, du handicap et de la précarité. Elle forme les professionnels intervenant en son sein aux spécificités des interventions auprès des personnes âgées, des personnes porteuses de handicap ou en situation de grande précarité. Elle **développe les évaluations anticipées** dans les établissements sociaux et médico sociaux afin d'éviter les recours hospitaliers inappropriés. Pour ces missions auprès des ESMS, l'HAD veille à coordonner ses actions avec les autres acteurs intervenant dans ces établissements : EMSP, équipes mobiles de gériatrie...

L'établissement d'HAD qui prend en charge des enfants en situation palliative **s'articule avec l'ERRSPP référente, en lien avec l'EMSP du territoire.**

Missions complémentaires :

Les missions complémentaires nécessitent obligatoirement la **présence de ressources spécialisées au sein de l'établissement d'HAD** (médecin et si possible autre professionnel titulaire d'un DU ou DIU, etc. ou d'une expérience significative en soins palliatifs).

Les missions sont attribuées **pour une durée définie.**

L'établissement d'HAD peut :

- **Porter une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP)** sous réserve d'en assurer les missions distinctement de son activité d'HAD. Son territoire d'intervention sera alors défini en complémentarité avec les autres acteurs de soins palliatifs du territoire concerné ;
- **Contribuer et participer à des actions de formation, initiale et/ou continue** (DU, DIU, FST...), à l'attention de professionnels non membres de son équipe et intervenant, soit à l'échelle du territoire (professionnels libéraux, du maintien à domicile, des établissements sociaux et médico sociaux, ...), soit au sein de la filière palliative ;
- **Participer à l'appui territorial de soins palliatifs** et, si besoin, le coordonner ;
- **L'HAD peut développer une activité complémentaire de recherche** en soins palliatifs en particulier en lien avec une structure universitaire.

2. Organisation des activités et articulation avec les acteurs

Organisation des activités

L'HAD doit **disposer en interne ou par convention**, des compétences médicales et paramédicales requises par le niveau de soins du patient.

L'HAD réalise **l'évaluation de la situation de la personne malade et la coordination des soins au moyen de ressources internes. L'effection des soins est réalisée au moyen de ressources propres ou par convention** avec des professionnels libéraux ou les équipes d'une structure partenaire.

L'HAD veille à intégrer les professionnels libéraux antérieurement en place auprès du patient au sein de l'équipe pluriprofessionnelle.

Pour les situations palliatives de complexité de niveau 1, aucune capacité spécifique, au-delà des conditions techniques minimales de fonctionnement, n'est exigée de la part de l'HAD.

Les situations palliatives de complexité de **niveau 2 correspondent au niveau d'expertise « socle » attendu de la part d'une HAD.**

Les situations palliatives de complexité de **niveau 3** nécessitent le plus haut niveau d'expertise en soins palliatifs. **Pour ces situations, il est recommandé que l'HAD dispose de ressources médicales et paramédicales en propre, spécifiquement formées** en soins palliatifs, à la douleur et en accompagnement de la fin de vie.

Pour l'ensemble des niveaux, une articulation avec l'EMSP du territoire est à définir, dépendant de l'existence de ressources spécialisées internes à l'HAD :

- Appui d'expertise pour les HAD dépourvues de ressources internes spécialisées ;
- Appui par recours à un tiers extérieur, ou recherche de la collégialité, dans les situations complexes ;
- Aide à la réflexion éthique pour les HAD disposant de ressources propres.

Le malade est admis sur la base d'un protocole individuel de soins élaboré conjointement par le praticien d'HAD, le médecin prescripteur et le médecin traitant, en lien avec l'équipe de d'HAD et les autres intervenants du domicile. Le recours à l'avis médical spécialisé s'effectue auprès du médecin compétent en soins palliatifs. En l'absence du médecin traitant, en particulier en situation d'urgence, le praticien d'HAD prescrit les traitements et les soins nécessaires et assure le suivi du malade.

Le protocole de soins prend en compte l'ensemble des soins – somatiques, psychologiques, sociaux – requis par l'état de la personne malade, ainsi que les besoins d'accompagnement de ses proches. Il intègre les besoins d'aide à la vie quotidienne. L'HAD s'articule, au besoin, avec les dispositifs d'appui à la coordination (DAC).

L'HAD propose, en fonction de l'offre existante sur son territoire, un accès à des bénévoles d'accompagnement en lien avec une association agréée.

Articulation avec les acteurs

L'articulation et la coordination entre l'HAD et les différents dispositifs intervenant dans la prise en charge de la personne malade relevant des soins palliatifs, doit permettre de réaliser un **maillage pertinent du territoire dans une logique de proximité**, en tenant compte des **compétences disponibles** au sein des structures. Cette complémentarité s'inscrit dans le cadre des **projets médicaux de territoire**.

L'organisation de l'intervention de la HAD est **intégrée dans la convention conclue entre les acteurs dans le cadre de la déclinaison territoriale de la filière régionale de soins palliatifs, sous l'égide de l'ARS**. Le recours de l'HAD à l'expertise d'une structure d'appui (EMSP/ERRSP) peut notamment être formalisé dans ce cadre.

Les établissements d'HAD doivent passer des **conventions avec les établissements de santé offrant des lits d'hospitalisation complète**, afin d'organiser sans délai l'hospitalisation de la personne malade, dès lors que l'entourage n'a plus la capacité de faire face ou lorsque la complexité et la lourdeur de la prise en charge le justifient ou encore à la demande de la personne malade. Ces conventions peuvent, en outre, préciser le concours des établissements de santé en amont d'un transfert d'un patient en HAD (mise à disposition de procédures thérapeutiques, de protocoles de soins...).

Pour intervenir au sein des établissements et des services médico-sociaux, d'hébergement pour personnes âgées², pour personnes en situation de handicap ou de précarité, l'HAD conclut une convention qui en précise les modalités.

² Article D. 6124-204 du Code de santé publique.

L'HAD peut toutefois intervenir, **en cas d'urgence**, en l'absence de convention préalable, pour assurer l'effectif des soins palliatifs, appuyer le personnel de l'établissement et apporter son expertise pour la résolution des situations médicales complexes. L'HAD peut assurer l'évaluation anticipée des personnes accompagnées afin de permettre l'intervention rapide en cas d'évolution de l'état de santé dans les conditions précisées.

Des conventions peuvent être passées avec **des services autonomie à domicile** et préciser les conditions d'intervention conjointe d'une HAD et d'un service de soins infirmiers à domicile ou d'un service polyvalent d'aide et de soin à domicile³. Un des éléments de la qualité de la prise en charge repose sur la stabilité des intervenants au chevet du patient.

Des conventions sont passées avec des **associations de bénévoles d'accompagnement qui contribuent à faciliter leur intervention dans tous les lieux du domicile**.

En direction des équipes exerçant en ville, les équipes d'HAD **doivent être identifiées en qualité d'équipes de recours en soins palliatifs** en particulier pour des situations de complexité 2 ou 3.

Les professionnels de santé de proximité doivent pouvoir recourir à l'hospitalisation à domicile si l'état de santé de la personne malade devient plus complexe ou si son entourage nécessite d'être davantage aidé. L'HAD sera notamment mobilisée en cas de besoin de soins plus techniques, plus fréquents voire continus avec besoin d'une permanence 24h/24h. Le recours à l'HAD et/ou à une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) est particulièrement recommandé lorsque la situation nécessite une réflexion collégiale ou le recours à des pratiques complexes telles que les pratiques sédatives.

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) contribuent à améliorer la visibilité des équipes HAD à travers leurs missions en faveur de la structuration des parcours de santé des usagers, patients et résidents et pour la coordination des professionnels des soins du premier et/ou du second recours, hospitaliers, médico-sociaux et sociaux d'un même territoire.

La connaissance par les DAC de l'offre d'HAD favorise une orientation adaptée des situations vers l'HAD en fonction du niveau de complexité évalué.

3. Fonctionnement de l'équipe et moyens

Fonctionnement de l'équipe

L'équipe interne de coordination de l'HAD comprend **au moins un médecin et un autre professionnel disposant d'une formation ou d'une expérience significative en soins palliatifs ou en évaluation et traitement de la douleur**. À défaut, **un partenariat doit être obligatoirement conclu avec une EMSP ou une ERRSPP** pour organiser le recours en cas de situation à complexité médico-sociale forte ou instable.

L'articulation avec les EMSP du territoire doit être systématique et définie, y compris pour les HAD disposant de ressources internes en soins palliatifs.

Au sein de l'équipe HAD, sont désignés au minimum, un « **référént médical soins palliatifs** », qui coordonne la politique de qualité et de sécurité des soins palliatifs ainsi que la démarche d'amélioration continue des pratiques, et un « **référént paramédical soins palliatifs** ».

³ Article D. 6124-205 du Code de santé publique.

Les membres de l'équipe qui assurent la permanence téléphonique, qui participent aux appuis territoriaux de soins palliatifs, qui sont susceptibles d'intervenir au domicile de la personne malade la nuit, le week-end ou les jours fériés, **sont formés à la prise en charge palliative.**

L'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge est mobilisé dans la **démarche d'amélioration continue** de la qualité et de la sécurité des soins. **L'HAD organise la formation de ses équipes, ainsi que des professionnels qui interviennent pour son compte**, dans la prise en charge en soins palliatifs, en évaluation et traitement de la douleur et en accompagnement de la fin de vie. Elle favorise l'orientation de certains professionnels vers les diplômes universitaires dans le champ des soins palliatifs et de l'accompagnement. Elle organise également le soutien de ces professionnels, selon des modalités qu'elle définit.

Moyens de l'équipe

L'établissement affecte à l'équipe HAD des moyens (notamment pour les pratiques de télémédecine), des matériels et équipements, des locaux et un système d'information adaptés pour prendre en charge des personnes malades en soins palliatifs et/ou en fin de vie.

4. Indicateurs de suivi et d'évaluation

L'activité de l'HAD de l'établissement est retracée dans un **rapport d'activité annuel, transmis à l'ARS.**

Il comprend notamment des indicateurs se rapportant aux éléments suivants :

- Membres de l'équipe formés en soins palliatifs, dont au sein de l'équipe de coordination ;
- Missions complémentaires assurées par l'établissement autorisé en HAD ;
- Participation des équipes HAD à un dispositif d'appui territorial de soins palliatifs ;
- Situations ayant bénéficié d'un partenariat entre HAD et EHPAD pour une prise en charge palliative ;
- Patients pris en charge par l'HAD sur sollicitation de l'EMSP ;
- Évaluations anticipées pour soins palliatifs réalisées par l'HAD en EHPAD ;
- Activité HAD auprès d'établissements sociaux et médico-sociaux (enfants et adultes handicapés, personnes sans domicile fixe hébergées en LHSS, LAM, ACT...) ;
- Séjours « soins palliatifs » ;
- Décès à domicile accompagnés par l'établissement d'HAD.

Annexe 5

Référentiel d'organisation des hôpitaux de jour de soins palliatifs (HDJ)¹**1. Définition et missions****Définition**

L'hospitalisation de jour (HDJ) « médecine palliative » est une **modalité ambulatoire** en mesure de proposer une **prise en charge globale** des personnes malades relevant de soins palliatifs et nécessitant une évaluation ainsi qu'un **suivi pluri-professionnel et interdisciplinaire**, de façon **ponctuelle ou selon un rythme régulier et adapté**.

Si toute HDJ doit intégrer la démarche des soins palliatifs, une offre d'HDJ « médecine palliative » est organisée pour répondre à des **situations complexes** sur le plan du soin et/ou de la vulnérabilité (psychologique, sociale...) de la personne malade, tout en offrant un **espace d'évaluation, de répit et d'accompagnement**, pour les personnes malades et leurs proches, dans des situations ponctuelles.

L'HDJ « médecine palliative » s'inscrit dans la filière territoriale de soins palliatifs en qualité d'offre de proximité. Elle peut intervenir aux **trois niveaux de recours**.

Des HDJ « médecine palliative » sont **reconnues par l'ARS sur les territoires** sur lesquels leur organisation est possible et sur l'appui du présent référentiel. Elles peuvent être organisées en inter-territorial, le cas échéant.

Elle est **portée par un établissement de santé et adossée à une équipe spécialisée** (USP, EMSP). Elle comporte **au minimum 2 places avec un optimum de 3 à 4 places**.

L'activité HDJ s'inscrit dans le **projet médical de l'établissement** qui met à disposition des moyens dédiés et l'articule avec l'offre de soins territoriale (LISP, EMSP...) et les autres services potentiellement adresseurs de patients. L'établissement de rattachement de l'HDJ doit disposer, **en propre ou par convention, d'un plateau technique de radiologie et de biologie**. L'accès à un **lit d'hospitalisation complète au sein de l'établissement**, ou à une HAD, doit être possible en cas de nécessité.

Missions

L'HDJ « médecine palliative » **s'inscrit en complément des équipes de soins de proximité** de la personne accompagnée.

Elle **assure la continuité de la prise en charge dans le cadre du parcours de soins**, y compris s'agissant d'un maintien à domicile. L'équipe de l'HDJ **fait le lien** avec les professionnels intervenant dans l'effectif et dans la coordination des soins. Elle favorise **la construction d'un parcours de soins entre la ville et l'hôpital**, en menant une **réévaluation régulière des besoins** de la personne malade et de ses proches.

Elle assure le **soutien des proches aidants** de la personne malade, accompagne et oriente les proches endeuillés.

L'HDJ apporte ainsi une **expertise clinique ainsi que des solutions d'accompagnement adaptées**, en orientant vers les ressources complémentaires nécessaires.

L'HDJ **s'inscrit dans la démarche palliative** tracée dans le dossier du patient, en contribuant à rendre plus précoce l'accès aux soins palliatifs, en sensibilisant les personnes malades sur leurs droits, en offrant un espace favorable aux discussions anticipées et aux échanges sur la limitation de l'obstination déraisonnable.

¹ Conformément aux articles D. 6124-301 et suivants jusqu'au D. 6124-304 du Code de la santé publique.

L'HDJ « médecine palliative » permet :

- **D'évaluer** la situation clinique, psychologique et sociale en mobilisant une équipe pluri-professionnelle, en particulier en situation aiguë ;
- **De proposer une prise en charge globale adaptée** (suivi psychologique, suivi social, réadaptation kinésithérapeutique, accompagnement diététique, activité physique adaptée, art-thérapie...) par l'équipe pluriprofessionnelle de l'HDJ dans le cadre d'interventions ponctuelles ou d'un suivi au long court ;
- **D'adapter** les traitements médicamenteux ;
- **De réaliser** certains gestes techniques tels que : ponction d'ascite, ponction pleurale, remplissage de pompes intrathécales, pansements, titration de morphiniques, analgésie par MEOPA, etc. ;
- **De favoriser** les discussions anticipées et si la personne le souhaite, la rédaction de directives anticipées et la désignation de la personne de confiance ;
- **De soutenir** l'entourage d'un point de vue psychologique et social ;
- **D'anticiper** les besoins et de prévenir les crises ;
- **De prévoir** des hospitalisations de bilan, de répit ou des soins médicaux et de réadaptation (SMR) selon les besoins ;
- **D'évaluer la situation globale** et de réadapter, si besoin, l'organisation des soins, en lien avec les acteurs du domicile.

L'HDJ fait partie des **lieux de stage privilégiés** pour tout professionnel engagé dans une démarche d'amélioration des pratiques en soins palliatifs, en gestion de la douleur et en accompagnement de la fin de vie. Elle participe à l'offre de **compagnonnage** en soins palliatifs.

L'HDJ « médecine palliative » peut proposer :

- L'intégration d'approches complémentaires, non médicamenteuses ;
- L'accès facilité à des ressources, techniques, activités spécialisées susceptibles d'améliorer le confort et la qualité de vie de la personne malade ainsi qu'à son entourage ;
- Un accueil en HDJ de soins palliatifs pédiatriques, en lien avec les ERRSPP.

2. Organisation des activités et articulation avec les autres acteurs

Organisation des activités

Les typologies de prises en charge en HDJ polyvalente, ainsi que les critères auxquels elles doivent répondre,² s'appliquent à l'HDJ « médecine palliative ».

L'HDJ peut être sollicitée **à tout moment du parcours de soins** pour les patients en situation palliative **par le médecin traitant ou par un médecin spécialiste référent** du patient, en cohérence avec le parcours de soins.

L'HDJ peut être mobilisée **à visée d'orientation thérapeutique, diagnostique, et/ou d'accompagnement.**

² Instruction n° DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 du 10 septembre 2020 relative à la gradation des prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile.

Les critères d'admission sont définis par l'équipe médicale de l'HDJ, avec les partenaires de la filière territoriale de soins palliatifs. Il peut s'agir soit d'un temps ponctuel pour évaluer le projet thérapeutique et de la fin de vie, soit d'un suivi sur une plus longue durée comme alternative à une prise en charge en hospitalisation complète ou en complément d'un suivi à domicile.

Un compte rendu est rédigé pour chaque HDJ, facilitant le partage et la transmission des informations nécessaires au suivi de la personne.

Articulation avec les acteurs

L'équipe de l'HDJ établit ses règles de fonctionnement, qu'elle diffuse à l'ensemble de ses partenaires, établissements, services et professionnels, avec lesquels elle engage une **démarche d'articulation et de collaboration, à l'échelle régionale et territoriale,** le cas échéant.

L'intervention de l'HDJ est **intégrée dans la convention conclue entre les acteurs dans le cadre de la déclinaison territoriale de la filière régionale de soins palliatifs, sous l'égide de l'ARS.**

Des conventions sont formalisées avec des **associations de bénévoles d'accompagnement.** L'HDJ « médecine palliative » contribue à faciliter leur intervention.

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) contribuent à améliorer la visibilité sur l'offre d'HDJ « médecine palliative » ou « référentes en soins palliatifs » dans le cas d'HDJ polyvalentes, à travers leurs missions en faveur de la structuration des parcours de santé des usagers, patients et résidents et pour la coordination des professionnels des soins du premier et/ou du second recours, hospitaliers, médico-sociaux et sociaux d'un même territoire.

3. Fonctionnement de l'équipe et moyens

Fonctionnement de l'équipe

L'équipe doit être placée sous la **responsabilité d'un médecin formé en soins palliatifs** (DIU, DESC, FST,...).

L'équipe comporte **au minimum un binome médecin et soignant (IDE)**³ dont le temps est dédié à cette activité.

Un médecin est disponible tous les jours d'ouverture de l'HDJ.

Il est recommandé que l'équipe comprenne **1 ETP de médecin et 2 ETP d'infirmier pour 4 places d'HDJ.**

La prise en charge du patient relevant de soins palliatifs est coordonnée par le médecin et fait intervenir des professionnels de santé et du secteur social. L'HDJ peut recourir, en fonction des besoins, à **des professionnels ressources** (aide-soignant, psychologue, psychiatre, masseur-kinésithérapeute, psychomotricien, diététicien,..) **ainsi qu'à des bénévoles d'accompagnement.**

Cette prise en charge multidisciplinaire repose sur la **dynamique du travail en équipe multi et interdisciplinaire,** grace à des **réunions de synthèse interdisciplinaires, des réunions de transmissions interdisciplinaires incluant les bénévoles d'accompagnement.** Elle s'appuie sur un **projet de soins continus et régulièrement réévalué**⁴.

L'ensemble des professionnels membres de l'équipe HDJ est mobilisé dans une **démarche d'amélioration continue** de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des pratiques en soins palliatifs, en gestion de la douleur et en accompagnement de la fin de vie.

³ Article D. 6124-303 du Code de la santé publique.

⁴ Note CNAMTS/DCCRF du 26/04/2010, « CRITÈRES DE DÉCISION POUR CONTRÔLE DU GHM 23Z02Z SOINS PALLIATIFS CORRESPONDANT AUX GHS 7992 7993 7994 »

Moyens à disposition de l'équipe

Des locaux adaptés doivent permettre **d'accueillir des personnes en mode allongé, ainsi que leurs proches, dans une chambre seule.**

L'HDJ doit disposer de locaux dont un **espace de confidentialité et d'espaces collectifs** lorsque les activités le nécessitent.

Le séjour du patient en HDJ « médecine palliative » est facturée au titre des prises en charge sans nuitée qui respectent les critères définis⁵, portant sur la facturation des séjours classés dans le groupe homogène de malades (GHM) de soins palliatifs. Elles donnent lieu à la facturation d'un GHS correspondant au GHM (soins palliatifs).

4. Indicateurs de suivi et d'évaluation

L'activité de l'HDJ « médecine palliative » fait l'objet d'un **rapport d'activité annuel, transmis à l'ARS.**

Il comprend notamment des indicateurs se rapportant aux éléments suivants :

- Professionnels de l'équipe de HDJ « médecine palliative » (profils, temps de présence/vacations, nombre d'interventions par personne malade et par profil d'intervenant dont : médecin, IDE, diététicienne, ergothérapeute, kinésithérapeute, psychomotricien...);
- Participation des membres de l'équipe HDJ à une équipe de soins palliatifs (EMSP, USP...) et à un dispositif de permanence d'accès à l'expertise (appui territorial de soins palliatifs) ;
- File active, nouveaux patients, profils (H/F - âge) et caractéristiques (CIM 10) ;
- Séances HDJ (programmées / réalisées / annulées).

Au niveau national, l'évolution du nombre et la couverture des hôpitaux de jour en soins palliatifs sera suivie annuellement.

⁵ Instruction n° DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 du 10 septembre 2020 relative à la gradation des prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile.

Annexe 6

Référentiel d'organisation relatif aux équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)**1. Définition et missions****Définition**

L'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) est une **équipe pluri-disciplinaire et pluri-professionnelle** qui appuie, **auprès de la personne malade ou à distance**, les professionnels et équipes soignantes dans le cadre de la prise en charge d'une personne en situation palliative ou en fin de vie, en mettant à leur disposition son **expertise palliative**.

Ses membres interviennent pour apporter **soutien et expertise auprès des équipes soignantes et des professionnels** qui font appel à elle.

Le déploiement des EMSP poursuit les **principaux objectifs suivants** :

- 1) **Diffuser la démarche palliative, promouvoir l'anticipation et le recours précoce à une équipe de soins palliatifs, renforcer les pratiques palliatives** des professionnels et personnels exerçant à l'hôpital, dans les établissements sociaux et médico-sociaux ou en ville ;
- 2) **Contribuer au maintien des personnes malades à leur domicile**, dans les meilleures conditions possibles, et éviter les transferts inappropriés à l'hôpital en **facilitant la mise en place et la continuité de la démarche palliative** incluant l'accompagnement du patient, des aidants et des professionnels ;
- 3) **Faciliter l'accès à l'expertise palliative en mettant à disposition une permanence (téléphonique ou via des dispositifs de télé-expertise)**, en se déplaçant dans les services d'hospitalisation et dans les lieux du domicile, à l'échelle de son territoire, en participant à une offre de consultation externe.

L'EMSP définit son champ d'intervention territorial avec l'ARS, de sorte que son activité permette de couvrir les besoins du territoire **en complémentarité avec les autres acteurs de la filière territoriale de soins palliatifs** et afin de garantir leur intervention en **tout lieu de soins et de vie**.

La zone d'intervention de l'EMSP s'entend comme le territoire sur lequel l'EMSP est en mesure d'intervenir en tenant compte de la **superficie à couvrir** et du **temps de déplacement nécessaire** pour réaliser des visites à domicile (éloignement, durée de transport, praticité...).

L'EMSP doit être en mesure d'intervenir au sein des services des établissements de santé, des ESMS et des autres lieux du domicile.

La part de son activité inter/intra établissement et ambulatoire est déterminée avec l'ARS qui peut distinguer des EMSP dont l'activité majoritaire est hospitalière et des EMSP dont l'activité majoritaire se réalise sur le lieu de vie du patient.

L'EMSP intervient aux **trois niveaux de la gradation des soins**.

L'EMSP peut être rattachée à un **établissement de santé** (tout statut). Dans ce cas, **il est préconisé qu'elle travaille en coordination avec une ou des USP et/ou en lien avec des établissements disposant de LISP**.

Elle peut être portée par un établissement autorisé en HAD, par une association, notamment celle portant un dispositif d'appui à la coordination (DAC). Ces structures doivent disposer des compétences requises et l'activité de l'EMSP doit être distinguée ainsi que l'équipe de professionnels qui la compose.

Missions

L'EMSP a trois missions socles, assises sur deux principes fondant son organisation et ses compétences spécifiques : le **travail en équipe pluridisciplinaire** et la **non-substitution à l'équipe de soins référente du patient**.

1/ L'apport d'expertise en soins palliatifs est destiné aux professionnels de santé, aux patients et à leurs proches. L'appui et le soutien concernent tous les professionnels médicaux et non médicaux, qu'ils soient hospitaliers, médico-sociaux, libéraux ou exerçant dans le secteur associatif lorsqu'ils prennent en charge des situations de patients requérant des soins palliatifs plus ou moins complexes liées à l'évolution d'une maladie grave ou à une fin de vie.

L'EMSP apporte son expertise dans l'évaluation des différentes composantes de la souffrance (somatique, sociale, psychologique...), du soulagement des symptômes physiques et psychiques, de la prescription médicamenteuse, de la prévention des situations de crise (planification anticipée des soins et prescriptions et procédures anticipées), de la communication et de la relation, du soutien de l'entourage. Les membres des EMSP appuient ainsi les professionnels dans tous ces domaines en fonction de leur demande et de l'organisation des soins (soins palliatifs intégrés). Avec l'équipe référente du malade, ils étudient la possibilité et la faisabilité d'un maintien ou d'un retour à domicile ou les besoins de transfert vers une hospitalisation.

L'EMSP propose une aide à la réflexion, à la prise de décision, au cours de la maladie et/ou en fin de vie, en facilitant les temps de concertation, des temps d'analyse de la pratique, de réflexion éthique, de partage d'expériences ainsi que des temps d'écoute et de parole – individuels ou collectifs.

Elle favorise l'analyse des pratiques de soins et guide dans la démarche palliative à mettre en œuvre, dans l'élaboration de plans personnalisés de soins, dans le déroulé de la délibération pluri-disciplinaire et dans les procédures collégiales lorsqu'elles sont requises, qui doivent permettre au médecin référent de prendre la décision médicale.

L'EMSP travaille en étroite collaboration avec les référents hospitaliers et libéraux. Elle n'a pas vocation à se substituer à l'équipe référente du patient. Elle contribue à la coordination du parcours de soins du patient, particulièrement pour anticiper toute aggravation.

Lorsque l'équipe référente de la personne malade et de son entourage n'est pas mobilisable dans des délais compatibles avec l'urgence de soins, l'EMSP peut assurer ponctuellement le soin requis, urgent, spécifique ainsi que les prescriptions nécessaires à la prise en charge de la personne malade. En l'absence de mobilisation dans un délai raisonnable des compétences requises, le médecin de l'EMSP peut prescrire et notamment, rédiger le certificat de décès du patient. L'EMSP doit s'assurer de la mise en place d'un relai auprès des professionnels référents de la personne malade. En cas d'absence de désignation d'un médecin traitant, la CPTS peut être saisie.

L'EMSP assure ponctuellement des réunions de « débriefing » au sein des équipes confrontées à des situations difficiles, afin de prévenir ou accompagner la souffrance des soignants, et aider les équipes qui souhaitent pérenniser ces dynamiques par la création de groupes de parole. Ces actions de conseil et de soutien auprès des professionnels et des équipes référentes de soins du patient peuvent s'inscrire dans les lieux de concertation préexistants (ou qu'elles contribueront à mettre en place) comme les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) et les réunions consultatives d'éthique.

L'EMSP participe à la permanence d'accès à l'expertise (dont les appuis de soins palliatifs).

2/ La sensibilisation et la formation des différents professionnels pour les amener à identifier précocement des besoins de soins palliatifs ainsi qu'à prendre en charge et accompagner des personnes en fin de vie.

À ce titre, l'EMSP contribue à la formation pratique et théorique et à la diffusion d'informations et de documents méthodologiques relatifs aux bonnes pratiques des soins palliatifs.

Elle participe à l'élaboration et à la dispensation d'enseignements en formation initiale (enseignement initial organisé par les universités, par les instituts de formation en soins infirmiers-IFSI et autres écoles de professionnels de santé) et en formation continue (programmes organisés dans le cadre de DU ou DIU de soins palliatifs, de diplômes d'éthique, de sessions de développement professionnel continu, de formations organisées dans le cadre du développement des compétences des personnels de la fonction publique hospitalière, FST, etc.).

Elle organise des sessions d'analyse des pratiques professionnelles en équipe, au sein des établissements de santé ou au sein d'établissements médico-sociaux. Elle diffuse les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, des outils d'aide à la décision et plus généralement, tout document à même d'aider les professionnels dans leur exercice et dans leur montée en compétences.

L'EMSP fait partie des **lieux de stage privilégiés** pour tout professionnel engagé dans une démarche d'amélioration des pratiques en soins palliatifs et en accompagnement de la fin de vie. Elle participe à l'offre de **compagnonnage** en soins palliatifs.

3/ L'information et l'accompagnement des personnes malades et de leurs proches

L'EMSP oriente et outille dans les connaissances et l'appropriation de leurs droits, dans leur accès à un appui psychologique et/ou social. Dans le cadre de cette mission de soutien des proches, l'EMSP communique et collabore avec les autres professionnels ou équipes impliquées dans l'accompagnement et organise, quand cela est pertinent, **un relai avec les professionnels de l'accompagnement psychologique et social**, ou l'intervention d'une association de bénévoles d'accompagnement. Elle accompagne et oriente les proches endeuillés.

Par ailleurs, l'EMSP peut assurer une **mission complémentaire, en matière de recherche**. Des EMSP peuvent être identifiées pour cette mission, à l'échelle régionale, dans une démarche de mutualisation et peuvent disposer de moyens financiers complémentaires pour affecter des ressources humaines avec du temps dédié.

2. Organisation des activités et articulation avec les acteurs

Organisation des activités

L'EMSP fonctionne **au minimum 5j/7 aux heures ouvrables** et participe à la permanence de la réponse en soins palliatifs sur le territoire. Sa réponse, a minima téléphonique, doit intervenir **dans un délai maximal de 24h** pendant les jours ouvrés.

La demande peut émaner **de professionnels de santé - médicaux et non médicaux -, de personnels soignants, administratifs** (dont : personnels ESMS, hébergements associatifs, DAC...) confrontés à des difficultés dans les soins et l'accompagnement d'une personne malade en soins palliatifs ou en fin de vie, en hospitalisation, en hôpital de jour ou en consultation. **La demande peut également émaner des personnes malades ou de leurs proches.**

La demande est analysée par l'EMSP et comprend **un temps d'échange avec le médecin référent du patient**. Elle peut donner lieu à un, ou plusieurs, déplacement(s) au chevet du patient. L'analyse porte sur :

- Les besoins de soins et de soutien de la personne et/ou de l'équipe de soins ;
- La pertinence de la demande (problématique ponctuelle, situation de soins palliatifs précoces...);
- Les ressources à mobiliser au sein de l'EMSP.

L'EMSP intervient après **concertation avec le cadre de santé et le médecin en charge de la personne malade**. L'intervention de l'EMSP est confirmée par le médecin responsable de l'EMSP.

Les réponses peuvent consister en :

- Une évaluation clinique du patient et de ses proches ;
- Une réponse orale ponctuelle (éventuellement par téléphone) à une demande technique simple (exemple : conseils, ajustement de dose médicamenteuse, etc.) ;
- L'organisation d'une concertation avec l'équipe référente du patient, en cas de situation complexe (notamment sur le plan éthique).

Au terme de cette analyse, une transmission écrite est réalisée qui rapporte l'évaluation de la situation, des propositions d'actions argumentées, des objectifs de prise en charge par l'EMSP, telles que :

- Le suivi palliatif et l'accompagnement du patient et de son entourage en fonction des besoins identifiés ;
- La mobilisation de ressources complémentaires (équipes exerçant en ville, ressources mises à disposition par les dispositifs d'appui à la coordination-DAC...)
- Un soutien de l'équipe ou du/des professionnels référents ;
- Une réunion d'aide au cheminement et à la décision éthique ;
- L'élaboration, la mise en place et la réalisation d'une formation sur une problématique prédéfinie ;
- Un réajustement des propositions et conseils à l'équipe référente, après réunion pluridisciplinaire de l'EMSP.

Articulation avec les acteurs

L'EMSP établit des règles de fonctionnement, qu'elle diffuse à l'ensemble de ses partenaires, établissements, services et professionnels, avec lesquels elle engage une démarche d'articulation et de collaboration, à l'échelle territoriale.

Elle veille notamment à s'articuler avec les autres équipes mobiles, notamment de gériatrie.

L'organisation de l'intervention de l'EMSP est **intégrée dans la convention conclue entre les acteurs dans le cadre de la déclinaison territoriale de la filière régionale de soins palliatifs, sous l'égide de l'ARS**.

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) contribuent à **améliorer la visibilité des EMSP** à travers leurs missions en faveur de la structuration des parcours de santé des usagers, patients et résidents et pour la coordination des professionnels des soins du premier et/ou du second recours, hospitaliers, médico-sociaux et sociaux d'un même territoire.

La collaboration de l'EMSP avec les services d'hospitalisation, et notamment ceux disposant de lits identifiés en soins palliatifs (LISP), d'un hôpital de jour, avec les établissements HAD, etc., optimise la prise en charge des personnes malades, par l'expertise clinique autour des situations difficiles, les temps de concertation et de soutien des équipes. Cette collaboration est formalisée et peut porter sur les temps de réunion communs aux équipes, sur la possibilité pour l'EMSP de disposer de lits d'hospitalisation.

Les articulations entre l'EMSP et les USP doivent être privilégiées en ce qu'elles œuvrent à deux niveaux complémentaires, dans une logique de recours et de ressource. Les modalités de leur collaboration doivent être précisées afin d'optimiser le transfert des malades en situation complexe (dossier d'admission, demandes anticipées, transmission d'informations...).

La prise en charge de la fin de vie s'intègre nécessairement dans le parcours de soins de toute personne résidant en EHPAD. Outre le soutien en cas de situations complexes, l'intervention de l'EMSP a vocation à faciliter **l'acquisition des compétences spécifiques et techniques utiles par les personnels des EHPAD.** Un modèle de convention est mis à disposition¹, qui organise les relations entre les EMSP et les EHPAD.

Sur l'exemple du modèle proposé pour faciliter les interventions de l'EMSP dans les EHPAD, des conventions de collaboration peuvent être conclues entre l'EMSP et les autres établissements sociaux et médico-sociaux de son secteur géographique. Ces conventions doivent préciser les modalités pratiques (responsabilités, assurance, prise en charge des frais de déplacement, de formation, etc.) ainsi que les engagements mutuels. Dans les situations d'interventions en ESMS, l'EMSP veille à agir en coordination avec l'HAD (graduation du parcours, évaluations anticipées, effectation de soins, relai).

Des conventions entre l'EMSP et des **associations de bénévoles d'accompagnement** sont passées, **qui contribuent à faciliter leur intervention dans tous les lieux du domicile.**

3. Fonctionnement de l'équipe et moyens

Fonctionnement de l'équipe

L'EMSP est placée **sous la responsabilité d'un médecin qui en assure la coordination.**

L'effectif de l'EMSP est adapté à l'activité qu'elle a vocation à prendre en charge. L'équipe doit être pluridisciplinaire et rechercher les complémentarités du fait de la diversité de ses missions.

L'équipe se compose **au minimum d'un médecin, d'un infirmier et d'un psychologue** et est renforcée par des professionnels dont les compétences doivent être mobilisées régulièrement, notamment masseur-kinésithérapeute.

L'équipe d'une EMSP **se compose, à titre indicatif pour une file active d'environ 200 nouveaux patients par an, des professionnels suivants**, dont les ETP sont à adapter selon les besoins et les mutualisations de ressources humaines :

- Médecin : 1,5 ETP ;
- Infirmier : 2 ETP ;
- Psychologue : 1 ETP ;
- Assistant de service social : 0,75 ETP (en propre ou mis à disposition) ;
- Temps de masseur-kinésithérapeute, et/ou psychomotricien et/ou intervenant en activité physique adaptée (APA) ;
- Temps de secrétariat ;
- Superviseur de l'équipe (psychologue, extérieur à l'équipe) : 1 à 2 vacations par mois.

Les membres de l'EMSP répondent à un profil de poste précis.

Le médecin responsable doit avoir suivi une formation diplômante en soins palliatifs (diplôme de type inter-universitaire [DIU] ou diplôme d'études spécialisées complémentaires [DESC] « médecine de la douleur et médecine palliative », faculté des sciences et techniques [FST], etc.), assortie d'une expérience pratique en soins palliatifs. Une formation à l'éthique et une formation au management et à la coordination d'équipe sont recommandées.

Pour l'ensemble des personnels soignants de l'équipe mobile, une formation spécifique aux soins palliatifs et à l'accompagnement ainsi qu'une expérience professionnelle sont demandées.

¹ Instruction n° DGOS/R4/DGCS/2010/275 du 15 juillet 2010 relative aux modalités d'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes > Fournit une convention-type comportant engagement des EHPAD et des EMSP.

Une expérience ou une compétence en matière d'évaluation et de traitement de la douleur, d'éthique clinique, est requise pour au moins un médecin, un cadre ou IDE, au démarrage de l'équipe.

Les membres de l'EMSP qui souhaitent assurer des formations doivent se former aux domaines de la pédagogie et de la communication.

Les membres de l'EMSP sont mobilisés dans une **démarche d'amélioration continue** de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des pratiques en soins palliatifs, en gestion de la douleur et en accompagnement de la fin de vie. Un **programme de formation continue** est prévu pour garantir leur maintien à niveau et/ou l'amélioration de leur niveau de compétences.

Les membres des EMSP prévoient un **temps hebdomadaire** pour élaborer en pluridisciplinarité les projets de soins et réfléchir sur les situations cliniques complexes. Le recours à une supervision individuelle par un psychologue doit être possible.

Les membres de l'EMSP doivent également disposer d'un **soutien régulier**, assuré par un professionnel qualifié extérieur à l'équipe. Ce soutien repose notamment sur l'**organisation régulière de groupes de parole** et sur l'**analyse régulière des pratiques et des situations rencontrées**.

Ils doivent être assurés qu'une demande de mobilité de leur part sera considérée en priorité en cas de souhait de changement d'activité ponctuel ou définitif.

Moyens à disposition de l'équipe

L'EMSP doit disposer de conventions lui permettant l'accès privilégié à des lits (lits d'hospitalisation conventionnelle, d'hôpital de jour ou identifiés en soins palliatifs) pour des personnes malades suivies à domicile en vue de procéder à des évaluations et un ajustement des traitements.

Un secrétariat doit être mis à leur disposition, avec un numéro de téléphone dédié, des bureaux aménagés et propices à des échanges pluridisciplinaires, ainsi que des équipements adaptés pour permettre à l'équipe de réaliser ses missions (dont véhicules, outils de télémédecine).

L'EMSP qui a une activité intra hospitalière doit également disposer d'un espace permettant les consultations, l'accueil et les entretiens avec les proches.

Le budget alloué à l'EMSP inclut la rémunération des personnels, les frais de déplacements, de fonctionnement, de gestion et la formation des personnels.

4. Indicateurs de suivi et d'évaluation

L'activité de l'EMSP est retracée dans un **rapport d'activité annuel**, transmis à l'ARS.

Il comprend la description des interventions correspondant à chacune des missions-socles définies dans le présent référentiel, la composition de l'équipe, les modalités d'articulation avec les autres acteurs de soins palliatifs et les professionnels de santé, équipes soignantes prenant en charge les soins et l'accompagnement de la personne malade et/ou en fin de vie. Il comporte une annexe détaillant l'utilisation des crédits attribués à l'EMSP pour réaliser ses missions.

Il comprend notamment des indicateurs se rapportant aux éléments suivants :

- Activité extrahospitalière de l'EMSP ;
- Patients pour lesquels l'EMSP a été sollicitée pour la mise en œuvre de réunions d'aide au cheminement et à la décision éthique, d'une procédure collégiale pour une décision de limitation ou d'arrêt de traitement ;
- Accompagnement réalisé auprès des proches ;
- Délais de réponse (téléphonique, déplacement à domicile) ;
- Interventions réalisées en coopération avec une ERSP ;
- Établissements sociaux et médico-sociaux du territoire auprès desquels l'EMSP est intervenue ;
- Postes vacants en EMSP ;
- Formations dispensées par l'EMSP.

Annexe 7

Référentiel d'organisation relatif aux équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP)**1. Définition et missions****Définition**

Des équipes mobiles de soins palliatifs de spécificité pédiatrique sont identifiées **dans chaque région** et structurées en équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP). Elles renforcent **l'offre de soins palliatifs avec une expertise pédiatrique, à l'échelle des territoires.**

L'ERRSPP est une **équipe multidisciplinaire et pluri-professionnelle** dont l'objectif principal est **d'intégrer la démarche palliative dans la pratique de l'ensemble des professionnels de santé** confrontés à des **situations de soins palliatifs pédiatriques, plus ou moins complexes**, liées à l'évolution d'une maladie grave ou à une fin de vie. Elle contribue à **l'anticipation de la démarche palliative** dans les parcours de soins des nourrissons, enfants et jeunes adultes.

L'ERRSPP exerce, à distance ou au chevet de l'enfant, un **rôle de conseil et de soutien** auprès des équipes soignantes et des professionnels de santé, à qui elle apporte son **expertise** en matière de **prise en charge palliative en anténatal, des nouveaux-nés, des enfants, des adolescents, ainsi que de leurs proches**, en collaboration avec les équipes référentes et le médecin traitant. La responsabilité des actes de soins incombe, en principe, à l'équipe qui a en charge l'enfant malade et qui fait appel à l'ERRSPP.

Elle contribue à **la formation et à la recherche clinique** dans le domaine des soins palliatifs pédiatriques.

Le fil conducteur de l'intervention d'une équipe ressource est **l'autonomisation des équipes traitantes** face aux situations palliatives et leur appropriation de la démarche palliative pédiatrique.

L'ERRSPP intervient à l'échelle régionale et **exerce une activité intra, inter et extra-hospitalière incluant les différents lieux du domicile dont les établissements sociaux et médico-sociaux.** Elle s'appuie sur le maillage territorial existant et **déploie ses missions d'appui auprès des équipes pédiatriques et des équipes de soins palliatifs**, qu'elle soutient et renforce en mobilisant des ressources pédiatriques en soins palliatifs.

L'ERRSPP est **implantée de préférence dans un établissement de santé universitaire** mais **peut être rattachée soit à un établissement de santé** au sein duquel exerce déjà une équipe de soins palliatifs, ou se constituer, par exemple, sous forme **d'association.**

Missions

L'ERRSPP et les équipes qu'elle met à disposition des territoires, ont **quatre missions-socles** qui structurent leur activité :

1) Acculturer les équipes pédiatriques à la démarche palliative et sensibiliser les équipes de soins palliatifs (EMSP, USP, LISP, HAD) aux spécificités des prises en charge pédiatriques

L'ERRSPP a ainsi pour but de **faciliter la mise en place de la démarche palliative et d'accompagnement** dans tous les établissements de soins et lieux de vie de l'enfant : établissements sanitaires, médico-sociaux, domicile. Ces actions, à distance ou au chevet de l'enfant, s'exercent au bénéfice d'un enfant et de sa famille et s'adressent aux professionnels et équipes référentes confrontés à des situations de soins palliatifs pédiatriques, plus ou moins complexes, liées à l'évolution d'une maladie grave ou à une fin de vie.

2) Aider à la structuration et à l'instauration de parcours de soins personnalisés, gradués et coordonnés, pour s'assurer de la prise en charge tout à la fois des patients et de leur entourage

Avec les professionnels impliqués dans les prises en charge ou en soutien de ceux-ci et en lien avec les dispositifs d'appui à la coordination (DAC), l'ERRSPP structure le suivi des enfants et l'accompagnement des parents, des fratries et des proches. Elle peut en initier ou en faciliter la coordination.

Après le décès de l'enfant, l'ERRSPP contribue à la mobilisation des ressources locales existantes sur le territoire pour s'assurer d'un suivi de deuil adapté aux proches. Elle accompagne et oriente les proches endeuillés.

3) Mettre en œuvre des actions de formation

L'ERRSPP a un rôle essentiel pour **faciliter l'intégration et le développement de la démarche palliative pédiatrique** dans les soins donnés aux enfants, quel que soit le lieu de prise en charge. Elle contribue à la **formation pratique et théorique** des professionnels et des équipes mettant en œuvre des soins palliatifs pédiatriques, ainsi qu'à la diffusion d'informations et de documents méthodologiques relatifs aux bonnes pratiques des soins palliatifs pédiatriques. Elle fait partie des **lieux de stage privilégiés** pour tout professionnel engagé dans une démarche d'amélioration des pratiques en soins palliatifs, en gestion de la douleur et en accompagnement de la fin de vie à destination des enfants. Elle participe à l'offre de **compagnonnage** en soins palliatifs.

En formation initiale, elle **contribue à l'enseignement initial** organisé par les universités, les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) et autres écoles de professionnels de santé (puériculture, kinésithérapie, orthophonistes, sages-femmes...), ainsi qu'à la mise en œuvre de formations à la pratique clinique.

En formation continue, l'ERRSPP **conçoit une offre de formation spécifique aux soins palliatifs pédiatriques**, à laquelle elle participe via des programmes de formation continue organisés dans le cadre de DU ou DIU de soins palliatifs, de diplômes d'éthique clinique, de sessions de développement professionnel continu, de formations organisées dans le cadre du développement des compétences des personnels de la fonction publique hospitalière, etc.

4) Contribuer à la recherche clinique dans le domaine des soins palliatifs pédiatriques

L'ERRSPP participe au développement de la recherche clinique dans le domaine des soins palliatifs pédiatriques.

2. Organisation des activités et articulation avec les acteurs

Organisation des activités

L'ERRSPP peut être sollicitée par **tout intervenant auprès de l'enfant** (du secteur sanitaire, médico-social, scolaire...), par une équipe de soins palliatifs (EMSP, USP, LISP, HAD) **ou par sa famille**. Elle construit ses modalités d'intervention en lien avec l'équipe référente, dans un esprit de compagnonnage.

L'ERRSPP fonctionne **au minimum 5j/7 aux heures ouvrables** et participe à la permanence de la réponse en soins palliatifs pédiatriques.

Sa réponse, a minima téléphonique, doit intervenir **dans un délai maximal de 24h** pendant les jours ouvrés.

L'intervention de l'ERRSPP s'effectue après une **analyse de la demande** qui porte sur :

- La pertinence de la demande ;
- L'identification de la problématique ;
- L'étude des ressources à mobiliser au sein de l'ERRSPP.

Les modalités d'intervention peuvent être, notamment :

- Une réponse ponctuelle d'information ou de conseil ;
- Une analyse de la situation clinique ;
- Un soutien d'équipe (pendant la prise en charge ou après le décès) ;
- Une aide à la réflexion et à la prise de décision (procédure collégiale, RCP...) ;
- Une formation sur un thème défini.

Deux principes fondent l'organisation et la mobilisation, par chacun des membres de l'ERRSPP, de leurs compétences spécifiques, propres à leur fonction : le **travail en équipe pluriprofessionnelle** et la **non-substitution à l'équipe de soins référente de l'enfant**.

Lorsqu'une compétence palliative pédiatrique, qu'elle soit spécialisée ou non, est absente d'un territoire géographique donné, l'ERRSPP peut assurer tout ou partie des soins nécessaires à l'enfant sans que cela ne soit considéré comme une substitution.

Ainsi, dans certaines situations, l'implication de l'ERRSPP peut évoluer vers :

- Une implication de l'ERRSPP en tant qu'équipe référente auprès de l'enfant et de sa famille, en collaboration avec les autres équipes intervenant dans la prise en charge (hospitalières et extrahospitalières) ;
- Une implication correspondant aux situations où l'ERRSPP est la seule équipe à intervenir auprès de l'enfant et sa famille.

Des **staffs ou des RCP en pédiatrie** sont organisés par l'ERRSPP, en veillant à leur caractère pluriprofessionnel et en les ouvrant aux professionnels libéraux.

Articulation avec les acteurs

Chaque ERRSPP établit ses règles de fonctionnement, qu'elle diffuse à l'ensemble de ses partenaires, établissements, services et professionnels, avec lesquels elle engage une **démarche d'articulation et de collaboration, à l'échelle régionale et territoriale** le cas échéant.

L'organisation de l'intervention de l'ERRSPP est **intégrée dans la convention conclue entre les acteurs dans le cadre de la déclinaison territoriale de la filière régionale de soins palliatifs, sous l'égide de l'ARS**.

Des conventions sont formalisées avec des **associations de bénévoles d'accompagnement**, qui contribuent à faciliter leur intervention dans les lieux de vie de l'enfant.

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) contribuent à améliorer la visibilité des ERRSPP et des équipes mobiles compétentes en soins palliatifs pédiatriques à travers leurs missions en faveur de la structuration des parcours de santé des usagers, patients et résidents et pour la coordination des professionnels des soins du premier et/ou du second recours, hospitaliers, médico-sociaux et sociaux d'un même territoire.

3. Fonctionnement de l'équipe et moyens

Fonctionnement de l'équipe

L'ERRSPP est placée **sous la responsabilité du médecin** qui en assure la coordination.

En tant qu'équipe pluriprofessionnelle, l'ERRSPP se compose de professionnels spécialisés en pédiatrie et en soins palliatifs et est renforcée par des professionnels dont les compétences sont mobilisées régulièrement. Les ETP sont fournis à titre indicatif et sont à adapter selon l'activité, les ressources professionnelles disponibles et les mutualisations envisageables :

- Médecin : 2 ETP ;
- IDE : 2 ETP ;
- Psychologue : 1 ETP ;
- Temps de masseur-kinésithérapeute, et /ou psychomotricien et/ou APA ;
- Temps d'encadrement ;
- Temps de secrétariat ;
- Superviseur de l'équipe (psychologue, extérieur à l'équipe) : 1 à 2 vacations par mois.

Elle est incitée à inclure des professionnels de santé et de soins libéraux, en mesure de concrétiser des montées en compétences, dans la suite de compagnonnages, et pour contribuer au maillage de l'expertise palliative en pédiatrie.

Les membres de l'ERRSPP répondent à un profil de poste précis. Une expérience professionnelle de plusieurs années ainsi qu'une expérience et une formation spécifique dans le champ des soins palliatifs, notamment pédiatriques, et de l'accompagnement sont recommandées.

Le médecin responsable doit avoir acquis une formation diplômante en soins palliatifs : diplôme de type inter universitaire (DIU), ou diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC « médecine de la douleur et médecine palliative », FST, etc.), assortie d'une expérience pratique en soins palliatifs pédiatriques. Une formation à l'éthique et une formation à la direction et à la coordination d'équipe sont recommandées.

Une expérience ou une compétence en matière d'évaluation et de traitement de la douleur est requise pour au moins un médecin ou un IDE de l'équipe. La même exigence vaut pour la formation à l'éthique.

Les membres de l'ERRSPP sont mobilisés dans une **démarche d'amélioration continue** de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des pratiques en soins palliatifs pédiatriques, en gestion de la douleur et en accompagnement de la fin de vie. Ils doivent également être formés ou se former aux domaines de la pédagogie et de la communication. Un **programme de formation continue** est prévu pour garantir leur maintien à niveau et/ou l'amélioration de leur niveau de compétences.

Les membres de l'ERRSPP doivent également disposer d'un **soutien régulier**, assuré par un professionnel qualifié extérieur à l'équipe. Ce soutien repose notamment sur **l'organisation régulière de groupes de parole** et sur **l'analyse régulière des pratiques et des situations rencontrées**.

Ils doivent être assurés qu'une demande de mobilité de leur part sera considérée en priorité en cas de souhait de changement d'activité ponctuel ou définitif.

Moyens à disposition de l'équipe

L'ERRSPP doit disposer de locaux adaptés pour lui permettre d'assurer ses différentes missions, ainsi que de moyens de déplacement comprenant une flotte de véhicules adaptée à son champ d'intervention.

Le budget alloué à l'équipe inclut la rémunération des personnels, les frais de déplacements, de fonctionnement et de gestion.

4. Indicateurs de suivi et d'évaluation

L'activité de conseil et de soutien des ERRSPP peut être documentée de la façon suivante :

- Le premier niveau d'intervention, correspondant à une implication de l'ERRSPP auprès des professionnels, sans contact direct avec l'enfant et sa famille, pour contribuer à la meilleure prise en charge possible ;
- Le deuxième niveau, correspondant à l'intervention directe de l'ERRSPP auprès de l'enfant et la famille, en collaboration avec l'équipe référente ;
- Le troisième niveau, correspondant à une implication de l'ERRSPP en tant qu'équipe référente auprès de l'enfant et de sa famille, en collaboration avec les autres équipes intervenant dans la prise en charge (hospitalières et extrahospitalières) ;
- le quatrième niveau, correspondant aux situations où l'ERRSPP est la seule équipe à intervenir auprès de l'enfant et sa famille.

L'activité de l'ERRSPP est retracée dans un **rapport d'activité annuel**, transmis à l'ARS.

Il comprend la description des interventions correspondant à chacune des missions-socles définies dans le présent référentiel, la composition de l'équipe, les modalités d'articulation avec les autres acteurs de soins palliatifs et les professionnels de santé, équipes soignantes prenant en charge les soins et l'accompagnement de la personne malade et/ou en fin de vie. Il comporte une annexe détaillant l'utilisation des crédits consacrés à l'ERRSPP pour réaliser ses missions.

Il comprend notamment des indicateurs se rapportant aux éléments suivants :

- Modalités d'adressage ;
- Délai d'identification de soins palliatifs après le diagnostic de maladie sans guérison possible ;
- Enfants accompagnés, rencontres avec l'enfant, avec son entourage ;
- Réalisation de visites à domicile, déplacements sur le territoire ;
- Anticipation des soins non programmés : DLU, fiche de liaison, fiche SAMU pallia... ;
- Réalisations de RCP et de réunions de concertation / coordination ;
- Formations dispensées.

Annexe 8

Dispositifs médico-sociaux de prise en charge, d'appui et de coordination des parcours des personnes âgées, participant à la filière de soins palliatifs

Des dispositifs au bénéfice des personnes âgées participent à la filière de soins palliatifs et à ses différents niveaux de recours. Les acteurs sont identifiés, leurs missions précisées ainsi que leur articulation avec les équipes de soins palliatifs, dans le cadre de la structuration et de la coordination de la filière de soins palliatifs.

I. Les dispositifs médico-sociaux de prise en charge à destination des personnes âgées, intégrés à la filière de soins palliatifsLa création des « services autonomie à domicile » :

Pour répondre à des enjeux de clarification et de coordination des différents acteurs du domicile intervenant auprès des personnes âgées, qu'elles vivent à leur domicile, dans un habitat inclusif ou une résidence autonomie, des services autonomie à domicile ont été créés¹, qui transforment les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD). Le déploiement de ces nouveaux services à domicile se fera progressivement à compter du 1^{er} juillet 2023 sur une durée de deux ans.

Ces services ont pour mission de préserver l'autonomie des personnes qu'ils accompagnent et de favoriser leur maintien à domicile. Ils assurent une activité d'aide et d'accompagnement à domicile et peuvent répondre aux besoins de soins des personnes accompagnées soit en assurant eux-mêmes une activité de soins, soit en organisant la réponse à apporter avec d'autres services ou professionnels assurant une activité de soins.

Interlocuteurs privilégiés pour les personnes âgées et leurs proches, les services autonomie à domicile permettent de construire une véritable logique de parcours. Au-delà de leurs missions de soins, du fait de leur articulation avec les équipes référentes de soins de la personne âgée et les équipes spécialisées en soins palliatifs, ils participent également à la démarche d'anticipation des besoins en soins palliatifs.

Les soins palliatifs en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Pour assurer ses missions, l'EHPAD dispose d'une équipe pluridisciplinaire comprenant au moins un médecin coordonnateur, un professionnel infirmier titulaire du diplôme d'État, des aides-soignants, des aides médico-psychologiques, des accompagnants éducatifs et sociaux et des personnels psycho-éducatifs². La prise en charge en soins des résidents se fait en lien avec le médecin traitant ou à défaut, le médecin coordonnateur.

Comme tout établissement ou service social ou médico-social³, chaque EHPAD élabore un projet d'établissement. Il élabore également un projet général de soins qui définit **l'ensemble des mesures propres à assurer les soins palliatifs que l'état des personnes accueillies requiert**, y compris les plans de formation spécifique des personnels. Le projet d'établissement comprend les actions de coopération nécessaires à la réalisation du volet relatif aux soins palliatifs. La démarche de soins palliatifs du projet d'établissement est élaborée conjointement par le directeur de l'établissement et le médecin coordonnateur et en concertation avec les professionnels intervenant dans l'établissement.⁴

¹ Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

² Article D. 312-155-0 du Code de l'action sociale et des familles.

³ Article L. 311-8 du Code de l'action sociale et des familles.

⁴ Article D. 311-38 du Code de l'action sociale et des familles.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, conclu entre l'EHPAD, l'ARS et le Conseil départemental, **définit des objectifs en matière d'activité, de qualité de prise en charge, d'accompagnement et d'intervention d'établissements de santé exerçant sous la forme d'hospitalisation à domicile, y compris en matière de soins palliatifs**⁵. Le contrat respecte un cahier des charges fixé par arrêté qui prévoit un diagnostic partagé préalable qui aborde et traite plusieurs thématiques **dont l'accompagnement de la fin de vie et l'accès aux soins palliatifs**⁶.

Les EHPAD mettent en place avec chaque personne accueillie, et le cas échéant avec sa personne de confiance, un projet d'accompagnement personnalisé comprenant **un projet de soins et un projet de vie** visant à favoriser l'exercice de ses droits et l'expression de ses volontés (directives anticipées, désignation de la personne de confiance)⁷.

Les EHPAD sont ainsi intégrés dans la convention conclue entre les acteurs dans le cadre de la filière régionale de soins palliatifs déclinée à l'échelle territoriale sous l'égide de l'ARS.

Le recours à l'expertise d'une équipe d'appui et/ou de recours (EMSP/HAD) est notamment formalisé.

Les EMSP (cf. annexe « EMSP ») ont pour mission spécifique d'apporter leur appui expert aux professionnels et aux équipes des EHPAD. Outre le soutien en cas de situations complexes, l'intervention de l'EMSP a vocation à faciliter l'acquisition des compétences spécifiques et techniques utiles auprès des personnels des EHPAD.

Pour garantir des parcours coordonnés aux personnes âgées requérant des soins palliatifs, les équipes de soins intervenant au domicile et les équipes des EHPAD peuvent faire appel aux dispositifs d'appuis et de coordination de la filière de soins palliatifs.

II. Les dispositifs d'appui et de coordination pour éviter les ruptures de parcours des personnes âgées requérant des soins palliatifs

Centres de ressources territoriaux (CRT)

Les centres de ressources territoriaux (CRT)⁸ ont été créés afin de maintenir l'autonomie des personnes âgées le plus longtemps possible et pour qu'elles vivent leur fin de vie à domicile si elles le souhaitent.

Les services autonomie à domicile et les EHPAD peuvent assurer les missions confiées aux centres de ressources territoriaux. Conduites en lien avec les autres professionnels des secteurs sanitaire, ambulatoire et médico-social du territoire en charge du parcours gériatrique des personnes âgées, elles consistent en :

- **Une mission d'appui aux professionnels du territoire** qui assurent l'accompagnement de personnes âgées (formation, appui administratif et logistique, mise à disposition de compétences et de ressources en professionnels, équipements ou locaux) ;
- **Une mission de facilitateur du parcours de santé et d'accompagnement renforcé** reposant sur une coordination des différents professionnels intervenant auprès de la personne âgée. Ce volet s'adresse aux personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement à domicile plus important (l'objectif est d'éviter ou de retarder l'entrée en établissement). Pour ce volet, le CRT intervient en complémentarité ou éventuellement en subsidiarité, si nécessaire, des services et des acteurs intervenants au domicile au bénéfice de la personne⁹.

⁵ Article L. 313-12, IV ter du Code de l'action sociale et des familles.

⁶ Arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du Code de l'action sociale et des familles.

⁷ Article D.312-155-0 du Code de l'action sociale et des familles.

⁸ Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

⁹ Instruction n° DGCS/SD3A/2022/113 du 15 avril 2022 relative à l'appel à candidature portant sur le déploiement de la mission de centre de ressources territorial pour les personnes âgées.

Dispositifs d'appui à la coordination (DAC)

Les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux peuvent recourir à un dispositif d'appui à la coordination (DAC) des parcours de santé, en situation complexe. Les DAC réunissent en une seule entité juridique l'ensemble des dispositifs de coordination¹⁰ ainsi que les équipes participant à cette fonction et préexistantes. Les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC) qui, au-delà de leur fonction d'accueil et d'information à destination des personnes de 60 ans et plus, ont également cette fonction d'appui à la coordination, peuvent être amenés à s'y joindre sur décision du Conseil départemental.

Les DAC assurent la réponse globale aux demandes d'appui des professionnels (accueil, analyse de la situation de la personne, orientation et mise en relation, accès aux ressources spécialisées, suivi et accompagnement renforcé des situations ainsi que planification des prises en charge, en lien avec le médecin traitant), contribuent avec d'autres acteurs, et de façon coordonnée, à la réponse aux besoins des personnes (quel que soit l'âge et la pathologie) et de leurs aidants en matière d'accueil, de repérage de situations à risque, d'information, de conseils, d'orientation, de mise en relation et d'accompagnement et participent à la coordination territoriale qui concourt à la structuration des parcours de santé.

Les appuis territoriaux gériatriques¹¹

Les professionnels de santé prenant en charge des personnes âgées en EHPAD ou à domicile peuvent solliciter l'appui territorial gériatrique, qui offre une expertise non-programmée en journée et en semaine, sous la forme de conseils, de participation à une décision collégiale, une capacité d'orientation, voire d'hospitalisation au sein la filière. L'équipe assurant cette permanence ne se déplace pas mais peut mobiliser les ressources de la filière gériatrique (services hospitaliers, équipes mobiles de gériatrie, filière d'admissions directes non programmées en gériatrie, hospitalisation à domicile, etc.), ainsi que d'autres appuis sanitaires selon les besoins.

La possibilité de la mise en place d'un appui le week-end est laissée au choix de l'ARS en fonction des projets territoriaux. L'appui peut être organisé au sein de chaque filière sur son territoire ou être mutualisé en interfilières.

S'agissant des personnes âgées à domicile, l'appui territorial gériatrique agit en subsidiarité des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (DAC) et constitue un appui expert pour ces derniers qui peuvent le solliciter.

Les appuis territoriaux de soins palliatifs¹²

Les professionnels de santé prenant en charge des personnes dans le cadre d'une démarche palliative, quel que soit leur âge ou leur lieu de résidence (domicile, EHPAD), peuvent solliciter l'appui territorial de soins palliatifs qui constitue un dispositif de second recours et est en capacité de mobiliser les ressources de la filière soins palliatifs (équipes mobiles de soins palliatifs, HAD, unités de soins palliatifs...) afin d'appuyer les professionnels de santé et d'assurer la juste prise en charge palliative.

L'appui territorial apporte une expertise, conseille et oriente les professionnels de santé. Il participe à la décision thérapeutique et à la procédure collégiale dans les situations critiques d'accompagnement.

L'appui, peut, quand cela est possible et requis par les besoins du territoire, être mis en place les week-ends, voire en soirée/nuit. En journée, la permanence est assurée par les professionnels de la filière de soins palliatifs, notamment les équipes hospitalières de soins palliatifs. En soirée, le week-end, la nuit, l'appui peut être mutualisé à l'échelle régionale et peut apporter son expertise pour des situations urgentes et non-programmées.

¹⁰ Réseaux de santé, MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie), plateformes territoriales d'appui (PTA) et coordinations territoriales d'appui (CTA).

¹¹ Instruction n° DGOS/R4/2022/31 du 7 février 2022 relative à la pérennisation des appuis territoriaux gériatriques et de soins palliatifs.

¹² Instruction n° DGOS/R4/2022/31 du 7 février 2022 relative à la pérennisation des appuis territoriaux gériatriques et de soins palliatifs.

Annexe 9

Rôle des bénévoles d'accompagnement en soins palliatifs

La présente fiche rappelle le rôle des associations, parmi lesquelles les associations d'accompagnement, et de leurs bénévoles ainsi que les conditions de leur participation à la filière de soins palliatifs pour développer leurs interventions dans tous les lieux de vie et de soins.

1. Définition et missions**Définition du bénévolat d'accompagnement**

Les bénévoles d'accompagnement en soins palliatifs **confortent l'environnement psychologique et social des personnes malades et de leurs proches** et concourent à la qualité de leur prise en charge en soins palliatifs ou en situation de fin de vie¹.

Formés à l'accompagnement des personnes en soins palliatifs par des associations qui les sélectionnent, ils proposent une **présence et une écoute** et participent, **en lien avec les équipes de soins palliatifs**, à la prise en charge globale des personnes atteintes d'une maladie grave, en situation de soins palliatifs ou de fin de vie, ainsi qu'à l'accompagnement de leurs proches.

Ils interviennent **avec l'accord de la personne malade ou de ses proches**, dans la discrétion et le respect de l'altérité, le non jugement et le respect de l'intimité de la personne malade et de sa vie familiale, et **sans interférer dans les soins médicaux et paramédicaux délivrés par l'équipe de soins référente du patient**. Sans jamais se substituer aux professionnels intervenant auprès du malade et en coordination avec l'équipe soignante, ils peuvent assurer, occasionnellement et sans obligation, des **services de la vie quotidienne** auprès de la personne accompagnée et de ses proches.

Missions des associations de bénévoles d'accompagnement

Les associations d'accompagnement **sélectionnent, recrutent et forment les bénévoles à l'accompagnement des personnes en soins palliatifs**. Elles sont constituées de personnes issues de la société civile et du monde de la santé.

Elles sont **identifiées par les ARS et les cellules d'animation régionale de soins palliatifs et participent au déploiement des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie sur leur territoire**.

(1) Elles sont des actrices du lien social

Elles interviennent dans une logique **de non-marginalisation** de la personne en situation de souffrance, confrontée à la maladie grave, au grand âge, à la mort, au deuil. Elles sont **créatrices de lien social** en témoignant de la solidarité humaine envers la personne malade et ses proches.

Elles peuvent organiser des sessions d'information et de réflexion collective sur l'accompagnement en soins palliatifs et sur les modalités de la solidarité mises en œuvre auprès des personnes malades, témoigner de leur accompagnement de terrain quant aux situations de fin de vie notamment auprès des soignants en formation.

¹ Article L. 1110-11 du Code de santé publique modifié par Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 - art. 7.

Elles maintiennent un questionnement permanent et réalisent une veille sociétale sur les risques d'exclusion. Elles s'adaptent à l'évolution des besoins qui émergent au sein de la société et participent à l'évolution des mentalités.

(2) Elles sont engagées dans la diffusion de la démarche palliative

Par la présence de leurs bénévoles, elles contribuent à l'amélioration des conditions de la fin de vie des personnes malades dans un **esprit de partenariat avec les professionnels de santé**.

Dans le cadre de l'animation de la filière de soins palliatifs, elles participent aux actions de sensibilisation et d'information conduites à l'échelle de leurs territoires d'intervention ou de leur région.

(3) Elles sont garantes de la qualité de la formation et du suivi des interventions des bénévoles d'accompagnement

En application de l'article L. 1110-11 du Code de la santé publique, les associations se dotent d'une **charte** qui définit les principes que les bénévoles doivent respecter dans leur action. Ces principes comportent notamment le **respect des opinions philosophiques et religieuses de la personne accompagnée, le respect de sa dignité et de son intimité, la discrétion, la confidentialité, l'absence d'interférence dans les soins**.

Elles assurent la **sélection et la formation initiale des bénévoles**, qu'elles **accompagnent** tout au long de leur bénévolat. Dans le cadre d'une **démarche de soutien des bénévoles et d'amélioration continue des pratiques**, elles leur proposent des groupes de paroles réguliers et des modules de formation continue.

Elles peuvent proposer un **accompagnement aux personnes endeuillées et forment spécifiquement** les bénévoles intervenant dans ce cadre.

Les associations respectent un **référentiel de formation, établi et mis à jour** collectivement par les représentants des associations à l'échelon national. Il porte notamment sur les besoins des malades, de leurs proches et de l'accompagnant lui-même (écoute, compréhension intime et recul personnel requis pour assurer son rôle d'accompagnement), ainsi que sur les dispositions législatives françaises sur la fin de vie.

2. Organisation des activités et articulation avec les autres acteurs

L'organisation de l'intervention des bénévoles d'accompagnement est intégrée dans la convention conclue entre les acteurs dans le cadre de la filière de soins palliatifs, sous l'égide de l'ARS. Les conventions conclues avec les établissements et les structures de soins et/ou d'hébergement sont transmises pour information à l'ARS.

Obligations²

Les associations organisent l'intervention des bénévoles en conformité avec les **principes de laïcité et de neutralité**.

Elles concluent, avec les établissements de santé, les établissements sociaux et médico-sociaux, **une convention conforme à une convention type**³ définissant les engagements, les obligations et les principes dans lesquels doivent être réalisées les interventions des bénévoles, ainsi que les engagements des équipes soignantes.

² Article L. 1110-11 du Code de santé publique modifié par Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 - art. 7.

³ Article Annexe 11-1 - Code de la santé publique : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006908088.

Lieux d'intervention

Les associations d'accompagnement peuvent intervenir dans tous les lieux où se trouvent les personnes malades et leurs proches : en structures spécialisées de soins palliatifs (unités de soins palliatifs, lits identifiés de soins palliatifs, ...), auprès d'équipes mobiles de soins palliatifs ou à domicile (résidence personnelle, établissement médico-social, établissement social, etc.) en lien avec l'équipe référente de soins (médecin traitant, équipe HAD...).

Le médecin traitant d'une personne prise en charge à domicile peut recourir à l'intervention d'une équipe de bénévoles d'accompagnement avec l'accord de la personne malade ou de ses proches.

L'accompagnement à domicile peut être mis en place à la demande de la personne elle-même ou de ses proches, un lien avec l'équipe soignante de proximité doit être alors formalisé.

Articulation et obligations à l'égard de l'équipe de soins

Offrant un accompagnement complémentaire de celui réalisé par les professionnels au bénéfice des personnes malades et de leurs proches, les bénévoles d'accompagnement n'interfèrent pas avec la pratique de l'équipe de soins.

En tant que représentant de la société, les bénévoles d'accompagnement exercent une fonction qui leur est spécifique : ils ne font pas partie de l'équipe soignante mais collaborent avec elle dans une perspective de prise en charge globale de la personne accompagnée. **Ils n'ont donc pas accès au dossier médical et ne prennent aucunement part aux décisions d'ordre médical.** Ils ne participent pas aux staffs professionnels, sauf sur invitation.

Le devoir de confidentialité s'impose aux bénévoles d'accompagnement qui emporte l'obligation de garder le secret des informations qu'ils reçoivent, tant de la part des personnes accompagnées que des professionnels de santé. En dehors de l'accord de la personne accompagnée, aucune information ou confiance ne peut ainsi être communiquée par le bénévole à l'équipe de soins.

3. Fonctionnement de l'équipe

Le bénévolat d'accompagnement s'exerce dans le cadre d'une association. Il est organisé et exercé en équipe.

Les bénévoles d'accompagnement sont placés **sous la responsabilité d'un coordinateur**, désigné par l'association, chargé d'organiser l'action des bénévoles auprès des patients et de leur entourage, d'assurer la liaison avec l'équipe soignante et d'aplanir les difficultés éventuelles survenues lors de l'intervention d'un bénévole. Le coordinateur exerce à ce titre un rôle essentiel, l'intégration des équipes de bénévoles d'accompagnement au sein des services hospitaliers relevant d'une démarche initiée et soutenue par leur association.

4. Indicateurs de suivi et d'évaluation

Dans le cadre de leur participation au sein de la filière de soins palliatifs, les associations de bénévoles d'accompagnement livrent un **rapport d'activité annuel, transmis à l'ARS.**

Il fait notamment état de l'évolution de leurs interventions dans les différents lieux de soins et de vie, de l'évolution du nombre des bénévoles formés, etc.

Agence de la biomédecine

Décision du 26 juin 2023 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : SPRB2330286S

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, R. 1131-2, et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2021-19 du 8 décembre 2021 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agrément des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la délibération n° 2021-CO-44 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 18 novembre 2021 modifiant les critères d'agrément des praticiens ;

Vu la demande présentée le 23 juin 2023 par Madame Véronique PINGAULT aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire ;

Vu le dossier déclaré complet le 26 juin 2023 ;

Considérant que Madame Véronique PINGAULT, pharmacienne biologiste, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale et d'un doctorat d'université de génétique humaine ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de génétique de l'Hôpital Henri Mondor (AP-HP) depuis 1997 et en tant que praticienne agréée depuis 2001 ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de génétique moléculaire de l'Hôpital Necker-Enfants Malades (AP-HP) depuis 2015 ; que les résultats de son activité sont jugés satisfaisants et qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1^{er}

Madame Véronique PINGAULT est agréée au titre de l'article R. 1131-6 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par la directrice générale de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 26 juin 2023.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique,
Anne DEBEAUMONT

Agence de la biomédecine

Décision du 26 juin 2023 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : SPRB2330287S

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, R. 1131-2, et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2021-19 du 8 décembre 2021 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agrément des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la délibération n° 2021-CO-44 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 18 novembre 2021 modifiant les critères d'agrément des praticiens ;

Vu la demande présentée le 23 juin 2023 par Madame Laila EL KHATTABI aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire ;

Vu le dossier déclaré complet le 26 juin 2023 ;

Considérant que Madame Laila EL KHATTABI, pharmacienne biologiste, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale, d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de cytogénétique humaine et d'un master recherche en génétique ; qu'elle a exercé les activités de génétique au sein du laboratoire de cytogénétique de l'Hôpital Cochin (AP-HP) entre novembre 2012 et août 2022 ; qu'elle exerce au sein du laboratoire de cytogénétique de l'hôpital Armand Trousseau (département de génétique médicale, AP-HP) depuis septembre 2022 ; qu'elle dispose d'un agrément pour pratiquer les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire depuis juillet 2013 ; que les résultats de son activité sont jugés satisfaisants et qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1^{er}

Madame Laila EL KHATTABI est agréée au titre de l'article R. 1131-6 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par la directrice générale de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 26 juin 2023.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique,
Anne DEBEAUMONT

Agence de la biomédecine

Décision du 28 juin 2023 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : SPRB2330288S

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, R. 1131-2, et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2021-19 du 8 décembre 2021 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agrément des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la délibération n° 2021-CO-44 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 18 novembre 2021 modifiant les critères d'agrément des praticiens ;

Vu la demande présentée le 15 mai 2023 par Madame Cécile NUGUES-FERAY aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire ;

Vu le dossier déclaré complet le 16 mai 2023 ;

Considérant que Madame Cécile NUGUES-FERAY, pharmacienne biologiste, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale, d'un diplôme d'études approfondies de biochimie des structures intégrées et d'un diplôme interuniversitaire de diagnostic de précisions et médecine personnalisée ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du service de biochimie et biologie moléculaire du Centre de biologie et pathologies de l'Hôpital Femme Mère Enfant (Hospices civils de Lyon, Bron) depuis juin 2013 ; qu'elle dispose d'un agrément pour la pratique des analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée à l'hématologie depuis 2015 ; qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1^{er}

Madame Cécile NUGUES-FERAY est agréée au titre de l'article R. 1131-6 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par la directrice générale de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 28 juin 2023.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique,
Anne DEBEAUMONT



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES
HANDICAPÉES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

INSTRUCTION N° DGCS/SD5B/2023/91 du 28 juin 2023 relative à la mise en œuvre de l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux

Le ministre des solidarités, de l'autonomie
et des personnes handicapées

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé
Mesdames et Messieurs les préfets de région
Mesdames et Messieurs les préfets de département

Copie à :

Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux de l'économie,
de l'emploi, du travail et des solidarités
Monsieur le directeur régional et interdépartemental de l'économie,
de l'emploi, du travail et des solidarités
Mesdames et Messieurs les directeurs de l'économie,
de l'emploi, du travail et des solidarités
Madame la directrice régionale et interdépartementale
de l'hébergement et du logement
Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux
de l'emploi, du travail et des solidarités
Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux
de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection de la population
Mesdames et Messieurs les directeurs interrégionaux
de la protection judiciaire de la jeunesse
Monsieur le président de l'Assemblée des départements de France

Référence	NOR : APHA2314755J (numéro interne : 2023/91)
Date de signature	28/06/2023
Emetteur	Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées Direction générale de la cohésion sociale
Objet	Mise en œuvre de l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Commande	Mettre en œuvre des dispositions du décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 modifié relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS).
Action à réaliser	Publier les arrêtés de programmation quinquennale des évaluations des ESSMS du territoire, le cas échéant avec les autres autorités en charge du renouvellement des autorisations de ces ESSMS.
Echéance	Immédiate
Contact utile	Service des politiques d'appui Sous-direction Affaires financières et modernisation Bureau Gouvernance du secteur social et médico-social Nathalie VALERO Tél. : 06 58 22 54 56 Mél. : nathalie.valero@social.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	12 pages + 5 annexes (47 pages) Annexe 1 : Tableau comparatif entre l'ancien dispositif et le nouveau dispositif Annexe 2 : Arbre de décision sur la programmation des évaluations des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) Annexe 3 : Exemple d'un établissement ou service social ou médico-social (ESSMS) dont le renouvellement d'autorisation a eu lieu en 2017 Annexe 4 : Exemples soulignant la souplesse laissée aux autorités de tarification et de contrôle (ATC) pour programmer les dates de remise des rapports d'évaluation d'établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) Annexe 5 : Modèles d'arrêté de programmation
Résumé	La présente instruction rappelle le nouveau cadre juridique applicable aux évaluations de la qualité des ESSMS et explicite les conditions d'application du décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des ESSMS, modifié par le décret n° 2022-695 du 26 avril 2022. Elle porte également sur le décret n° 2022-742 du 28 avril 2022 relatif à l'accréditation des organismes pouvant procéder à l'évaluation de la qualité des ESSMS et précise le calendrier de la programmation quinquennale des évaluations fixé par arrêté des autorités en charge des autorisations ainsi que les attendus en matière d'articulation entre les évaluations et les autres dispositifs en œuvre sur le champ social et médico-social (notamment les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens [CPOM]).
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle-Calédonie, et de Wallis et Futuna.
Mots-clés	Évaluation - qualité - renouvellement d'autorisation - accréditation - programmation - échéances de transmission des rapports d'évaluation.
Classement thématique	Établissements sociaux et médico-sociaux

Textes de référence	<ul style="list-style-type: none"> - Code de l'action sociale et des familles (CASF), notamment les articles L. 312-8, L. 313-1, L. 313-2, L. 313-5, D. 312-203 et D. 312-204 ; - Article 75 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé ; - Décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux ; - Décret n° 2022-695 du 26 avril 2022 modifiant le décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux ; - Décret n° 2022-742 du 28 avril 2022 relatif à l'accréditation des organismes pouvant procéder à l'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS).
Circulaire / instruction abrogée	Instruction n° DGCS/SD5C/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
Circulaire/instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Établissements et services sociaux et médico-sociaux du territoire.
Validée par le CNP du 23 juin 2023 - Visa CNP 2023-51	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

Introduction

Depuis la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) sont tenus de procéder à des évaluations régulières de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, notamment au regard des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) du secteur social et médico-social.

À l'issue d'un bilan du dispositif d'évaluation mené en 2017¹, une réforme du dispositif d'évaluation de la qualité des ESSMS est portée par l'article 75 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS), qui confie à la Haute Autorité de santé (HAS) l'élaboration du référentiel et de la procédure d'évaluation de la qualité des ESSMS. Il renvoie également à un décret, la définition du nouveau rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

¹ Rapport IGAS de juin 2017 relatif au « Dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux ».

La présente instruction porte sur l'application du décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des ESSMS ainsi que de son décret modificatif n° 2022-695 du 28 avril 2022 qui précisent le rythme quinquennal des évaluations de la qualité des ESSMS sur la base d'une programmation fixée par arrêté des autorités en charge des autorisations. Ils posent également le principe de l'articulation de cette programmation avec le calendrier des évaluations qui peut être prévu dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

Elle précise également les conséquences du décret n° 2022-742 du 28 avril 2022 relatif à l'accréditation des organismes pouvant procéder aux évaluations de la qualité des ESSMS.

1. Les évolutions du nouveau dispositif d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)

A. Un nouveau cadre juridique des évaluations permettant d'harmoniser les critères et exigences d'évaluation de la qualité par la formalisation du contenu des évaluations des ESSMS (référentiel, méthodes, rapport, etc.) et de lisser le rythme de transmission de leurs résultats

1. Une évaluation réalisée par un organisme évaluateur tiers de l'ESSMS se substitue aux évaluations interne et externe

En application de l'article L. 312-8 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), les ESSMS sont tenus de procéder à des évaluations régulières de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent notamment au regard des RBPP du secteur social et médico-social.

Dans le cadre de l'autorisation, la législation distinguait deux types d'évaluations : l'évaluation interne et l'évaluation externe. La première était menée par l'établissement lui-même, alors que l'évaluation externe était réalisée par un organisme extérieur.

Avec la loi OTSS du 24 juillet 2019, cette distinction entre les deux types d'évaluation n'existe plus (cf. annexe 1 de la présente instruction). Par ailleurs le dispositif d'évaluation s'appuie sur un référentiel national d'évaluation unique établi par la HAS.

En outre, un seul format de rapport d'évaluation élaboré par la HAS est désormais prévu, facilitant la lecture des résultats des évaluations. Ce rapport est généré via la plateforme SYNAE² ; système d'information de la HAS dédié aux évaluations des ESSMS, sur la base de leur N° d'identification FINESS ou de leur N° SIREN ou SIRET.

2. Un premier référentiel national commun d'évaluation élaboré par la Haute Autorité de santé (HAS) publié le 10 mars 2022

En application de l'article L. 312-8 du CASF, la HAS a élaboré **un référentiel d'évaluation national applicable à l'ensemble des ESSMS**, publié sur son site internet le 10 mars 2022³. À compter de cette date, c'est sur la base de ce référentiel que les évaluations sont mises en œuvre. **L'annexe 3-10 du CASF présentant le cahier des charges de l'évaluation externe est abrogée et n'est plus applicable.**

² https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-05/2023_05_03_guidesyndae_evaluation_multi_essms.pdf.

³ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/referentiel_devaluation_de_la_qualite_essms.pdf.

3. Un nouveau calendrier quinquennal des évaluations

Le décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 modifié relatif au rythme des évaluations de la qualité des ESSMS pose le principe d'un rythme quinquennal des évaluations réalisées sur la base du référentiel de la HAS, ce qui implique une programmation des échéances de transmission des évaluations par les autorités compétentes.

Les premiers arrêtés de programmation doivent prévoir les échéances de rendu des évaluations pour la période du 1^{er} juillet 2023 au 31 décembre 2027.

4. Une procédure d'accréditation par le Comité français d'accréditation (COFRAC) des organismes évaluateurs

En application du décret n° 2022-742 du 28 avril 2022 relatif à l'accréditation des organismes pouvant procéder à l'évaluation de la qualité des ESSMS, ces derniers ont l'obligation de faire procéder à leurs évaluations par des organismes évaluateurs accrédités. La liste de organismes évaluateurs pouvant procéder à ces évaluations est publiée sur le site internet de la HAS :

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3336247/fr/les-organismes-accredites

L'accréditation est accordée par le Comité français d'accréditation (COFRAC) sur la base de la norme EN ISO/IEC 17020 et du cahier des charges élaboré par la HAS portant les exigences spécifiques, complémentaires à la norme d'accréditation.

Les organismes souhaitant pouvoir évaluer des ESSMS doivent déposer un dossier de demande au COFRAC. Ce dernier peut, suite à un premier examen sur pièces, leur délivrer une recevabilité opérationnelle favorable leur permettant de réaliser temporairement des évaluations afin de poursuivre la procédure de demande d'accréditation par le COFRAC. Cette accréditation est octroyée à l'issue de l'examen satisfaisant sur site par le COFRAC d'une évaluation réalisée par l'organisme candidat.

Il est donc possible qu'un organisme candidat obtienne la recevabilité opérationnelle favorable, mais qu'il n'obtienne finalement pas son accréditation à l'issue de la procédure. L'ESSMS doit vous tenir informé si ce cas de figure se produit.

Dans le cas où un rapport qui vous est transmis a été réalisé par un organisme finalement non accrédité et que vous l'estimez insatisfaisant, vous pouvez demander à l'ESSMS de faire procéder à une nouvelle évaluation par un organisme accrédité. Cette demande doit intervenir dans un délai de 6 mois à compter de la date d'information par l'ESSMS de la non accréditation de son organisme évaluateur et le nouveau rapport d'évaluation doit vous être transmis ainsi qu'à la HAS dans un délai de deux ans.

Dans l'hypothèse de cette demande d'une nouvelle évaluation, il convient de recommander aux ESSMS relevant de votre compétence qui contractent avec un organisme évaluateur, de vérifier que le contrat prévoit des clauses relatives aux conséquences pécuniaires de la non obtention de l'accréditation par le COFRAC.

Lorsqu'une nouvelle évaluation est prévue, elle doit être prise en compte dans votre programmation : l'échéance de transmission suivante des résultats d'une évaluation doit être programmée 5 ans plus tard.

B. Le nouveau rythme applicable aux évaluations réalisées sur la base du référentiel de la Haute Autorité de santé (HAS)

Avec le nouveau rythme des évaluations posé par le décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 modifié, **ce n'est désormais plus la date de l'autorisation de l'ESSMS ou de son renouvellement qui est prise en compte comme référence pour déterminer les échéances des évaluations.**

Le nouveau calendrier repose sur une programmation des échéances de transmission des rapports d'évaluation de la qualité des ESSMS **arrêtée par les autorités compétentes⁴** afin d'éviter la concentration des transmissions des résultats d'évaluation sur des périodes resserrées, notamment en vue du renouvellement des autorisations.

L'objectif est d'aboutir à un dispositif plus souple et plus simple, permettant de lisser la transmission des rapports d'évaluation afin notamment de favoriser le dialogue entre les ESSMS et leurs autorités de tarification (ATC), et de renforcer la cohérence des dispositifs au sein du secteur social et médico-social.

1. Le principe : la transmission des résultats d'évaluation est fixée par une programmation pluriannuelle sur 5 ans arrêtée par les autorités en charge de l'autorisation

Le rythme de transmission des résultats des évaluations est désormais fixé par période quinquennale et s'applique aux évaluations réalisées sur la base du nouveau référentiel de la HAS publié le 10 mars 2022.

Le décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 modifié prévoit la publication chaque année d'un arrêté de programmation pris par la ou les autorité(s) en charge de l'autorisation.

La programmation pluriannuelle des évaluations est publiée par arrêté, au plus tard le 31 décembre de chaque année ; elle porte sur la période des 5 années à venir.

Par exemple :

- l'arrêté de programmation publié le 31 décembre 2024 portera sur la période du 1^{er} janvier 2025 au 31 décembre 2029 ;
- l'arrêté de programmation publié le 31 décembre 2026 portera sur la période du 1^{er} janvier 2027 au 31 décembre 2031.

Ces arrêtés sont préparés et signés par la ou les autorité(s) en charge du renouvellement de l'autorisation des ESSMS. Ainsi, il est nécessaire de publier :

- un seul arrêté pour les ESSMS relevant d'une seule autorité en charge de l'autorisation ;
- un arrêté conjoint pour les ESSMS relevant de plusieurs ATC conjointes (ex. : agence régionale de santé [ARS] et conseil départemental [CD], etc.).

En application des décrets relatifs au rythme des évaluations, les ESSMS font procéder à l'évaluation de la qualité de leurs prestations et en transmettent les résultats aux autorités ayant délivré l'autorisation conformément à la programmation arrêtée.

Cette programmation pluriannuelle doit permettre aux organismes gestionnaires d'anticiper leurs obligations d'évaluation et de se préparer à leur réalisation. Elle doit également permettre aux services en charge de l'analyse des rapports au sein des autorités d'avoir plus de visibilité sur la charge de travail induite par ces travaux à une échelle pluriannuelle.

⁴ Soit les agences régionales de santé (ARS), les conseils départementaux (CD), les préfetures.

Afin d'assurer un étalement des évaluations, il est préconisé une programmation par trimestre ou par semestre civil. En revanche, une programmation par année civile **est moins favorable au lissage, car elle risquerait d'aboutir à une concentration des évaluations en fin d'année civile.**

Par exemple : un ESSMS peut transmettre son rapport d'évaluation aux autorités en charge de son autorisation entre le 1^{er} janvier et le 30 mars de l'année N si l'arrêté de programmation prévoit la transmission de ce rapport pour le 1^{er} trimestre de l'année considérée.

Un arbre de décision d'aide à la programmation est annexé à la présente instruction (annexe 2).

2. Une programmation pour mieux tenir compte des situations des ESSMS

a) Une articulation entre programmation CPOM et programmation des échéances de transmission des rapports d'évaluation

Dans un objectif de cohérence calendaire, il vous est demandé de prendre en compte dans votre programmation les cas suivants :

- Si le CPOM signé prévoit la date d'évaluation du/des structure(s) : il convient de laisser un délai d'un an entre cette date et l'échéance de transmission du rapport d'évaluation ;
- Si le CPOM signé ne prévoit pas la date d'évaluation : il vous est recommandé de tenir compte de la date de renouvellement du CPOM afin que le rapport d'évaluation puisse contribuer au bilan du CPOM.

De la même manière, dans la perspective de la conclusion d'un CPOM, un rapport d'évaluation peut être programmé en amont, pendant la période de diagnostic CPOM, afin d'enrichir les négociations contractuelles.

b) Le cas des gestionnaires de plusieurs ESSMS

La programmation arrêtée par les autorités peut permettre de simplifier les obligations évaluatives des ESSMS gérés par un même gestionnaire en faisant coïncider, dans la mesure du possible, les échéances de transmission de leurs résultats d'évaluation.

Il vous est demandé de vous rapprocher du gestionnaire afin d'envisager avec lui s'il souhaite une programmation concomitante des transmissions de résultats d'évaluation pour l'ensemble de ses ESSMS.

Dans une logique de simplification, il peut être envisagé un seul rapport d'évaluation pour plusieurs ESSMS lorsqu'ils sont gérés par un seul gestionnaire et qu'ils bénéficient d'une programmation d'échéances concomitantes pour la transmission de leurs résultats d'évaluation par les autorités.

Cela concerne tant les gestionnaires dont les ESSMS sont portés par une seule autorisation, que les gestionnaires ayant des ESSMS avec des autorisations distinctes. Dans ces situations, il peut y avoir un seul rapport d'évaluation sous réserve qu'il retrace bien la situation de chaque structure au regard de la qualité des prestations qu'elles délivrent au titre de chaque activité autorisée.

3. Un ajustement de la programmation au 31 décembre de chaque année pour tenir compte des nouvelles situations

Plusieurs cas de figure peuvent se présenter et justifier un ajustement de la programmation au 31 décembre de chaque année conformément à l'article D. 312-204 du CASF (liste non exhaustive) :

- **La création de nouveaux ESSMS sur le territoire.** Il vous est recommandé pour ces nouvelles structures de prévoir un délai suffisant pour permettre la montée en charge de l'activité afin que l'évaluation porte sur l'intégralité des activités de l'ESSMS ;
- **La programmation d'une négociation de CPOM** afin de caler l'évaluation avec le diagnostic CPOM ;
- **La fusion de plusieurs établissements et services sociaux et/ou médico-sociaux en cours d'année ;**
- **Le souhait d'un organisme gestionnaire de regrouper les évaluations de plusieurs structures sociales et/ou médico-sociales.**

↳ *Nota : si le CPOM était programmé en 2024 et l'évaluation attendue en 2023 : une décision de décalage du CPOM à 2026 prise fin 2023 n'appellerait pas forcément de décalage du calendrier d'évaluation si la structure l'a déjà réalisée ou si elle est déjà engagée dans son exercice d'évaluation.*

2. La mise en œuvre des nouvelles évaluations

Il est à souligner que le nouveau dispositif ne modifie pas le périmètre des ESSMS soumis aux évaluations prévues à l'article L. 312-8 du CASF. À ce titre, les établissements ou services à caractère expérimental restent en dehors du champ de ces évaluations.

A. Les premiers ESSMS concernés par la mise en œuvre des nouvelles évaluations (la période transitoire)

1. Les ESSMS autorisés entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 décembre 2009

Les **premiers ESSMS concernés** par les nouvelles évaluations sont ceux, autorisés entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 décembre 2009, qui n'ont pas transmis entre **le 1^{er} janvier 2021 et le 31 décembre 2022** de rapport d'évaluation ou de certification pour le renouvellement de leur autorisation prévue en 2023 ou 2024.

Ces ESSMS doivent faire procéder à une évaluation sur la base du référentiel de la HAS par un organisme évaluateur figurant sur la liste publiée par la HAS au moment de la réalisation de l'évaluation afin de transmettre un rapport d'évaluation aux ATC entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2023.

S'agissant de ces ESSMS, qui doivent inaugurer le nouveau dispositif d'évaluation, il vous est demandé de considérer avec bienveillance les cas de transmission tardive de leurs rapports d'évaluation compte tenu du contexte novateur de la nouvelle procédure.

Il est à souligner que conformément au régime de l'autorisation, si ces ESSMS n'ont pas reçu d'injonction prévue à l'article L. 313-5 du CASF par les autorités chargées de leur autorisation au plus tard un an avant la date de renouvellement de cette dernière, celle-ci est renouvelée par tacite reconduction pour une durée de 15 ans.

Par ailleurs, dans le cadre de la réforme des services autonomie à domicile mentionnés à l'article L. 313-1-3 du CASF, le décret portant réforme à paraître, prévoit une période transitoire de gel des évaluations pour tous les services amenés à se réformer jusqu'en 2025.

Les ATC pourront les intégrer, à compter du 1^{er} juillet 2025, dans la première programmation pluriannuelle.

Les services mentionnés aux 1^o, 6^o, 7^o et 16^o du I de l'article L. 312-1 du CASF, autorisés en 2008 et 2009, n'ont donc plus d'obligation de transmettre le résultat de leur évaluation avant le 30 juin 2023. Toutefois, les services qui se sont déjà engagés dans une démarche d'évaluation pourront la mener à leur terme. Ils ne seront intégrés dans la programmation pluriannuelle qu'à compter du 1^{er} janvier 2028.

2. La situation juridique des ESSMS autorisés qui auraient dû rendre des rapports d'évaluation en 2020 et 2021

Afin de tenir compte des conséquences de la crise sanitaire COVID, une lettre interministérielle, du 16 décembre 2020 adressée aux ESSMS, prévoyait un report à l'entrée en vigueur de la réforme des évaluations au 1^{er} janvier 2022. Ce moratoire a été prorogé jusqu'au 31 décembre 2022 pour les évaluations prévues entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2021.

En l'absence d'injonction prévue à l'article L. 313-5 du CASF, les autorisations des ESSMS autorisés en 2007 ou 2008 et n'ayant pas rendu de rapport d'évaluation de renouvellement en 2020 ou 2021 sont renouvelées par tacite reconduction.

Pour ces situations, dans un objectif de lisibilité tant pour les autorités que pour les ESSMS concernés, les ATC sont invitées à délivrer aux ESSMS concernés des arrêtés reconnaissant pour attester de ce renouvellement. Dans ce cas, il convient de veiller à mentionner dans les visas l'article L. 313-5 du CASF qui prévoit le renouvellement par tacite reconduction des autorisations, car c'est sur la base de cette disposition que l'autorisation est renouvelée.

3. Un dialogue encouragé avec les ESSMS en cas de difficultés

Le corpus juridique et institutionnel de l'évaluation de la qualité ayant récemment évolué, son appropriation par l'ensemble des acteurs est nécessaire, ce qui peut présenter des difficultés pour certains (par exemple, l'appropriation du référentiel de la HAS par les organismes évaluateurs, le choix d'un de ces organismes par l'ESSMS pour réaliser l'évaluation, etc.) et rendre difficile le respect du calendrier prévu par les arrêtés de programmation, notamment si la remise du rapport d'évaluation est prévue pour 2023.

Pour ces situations, il vous est demandé d'adopter une approche bienveillante et d'être à l'écoute des gestionnaires d'établissements et services concernés, tout en maintenant une attention particulière quant à la qualité des prestations délivrées.

Dans ce cadre, il vous est possible de :

- maintenir l'échéance programmée de l'évaluation, mais de prendre en compte les conditions de sa réalisation lors de l'examen du rapport et du renouvellement d'autorisation ;
- prévoir avec les ESSMS les plus en difficulté une remise de leur rapport d'évaluation à une date ultérieure à celle initialement programmée en mettant à jour l'arrêté de programmation en décembre N. **Il est cependant important, dans ce cas de figure qui peut impliquer un renouvellement par tacite reconduction de l'autorisation, de veiller à tenir compte de la situation de l'établissement ou du service en amont de cette décision** et de s'assurer de la qualité globale des accompagnements notamment au regard de signalements, en particulier des événements indésirables graves (EIG) ou ayant conduit à des inspections contrôle en cours, programmées ou récentes.

B. La priorisation de la première programmation pour la période du 1^{er} juillet 2023 au 31 décembre 2027

Les premiers arrêtés prévoient la programmation applicable du 1^{er} juillet 2023 au 31 décembre 2027, sous réserve des ajustements qui pourront y être réalisés postérieurement et en fonction des évolutions éventuelles dans la situation des ESSMS.

Une priorisation de certaines situations pour les premières années de la programmation au cours de cette période peut notamment être la suivante :

- L'articulation avec les CPOM ;
- Les ESSMS dont les autorisations arrivent prochainement à échéance afin de pouvoir disposer d'un rapport d'évaluation récent parmi ceux pris en compte pour le renouvellement de l'autorisation ;
- Les ESSMS ayant été renouvelés par tacite reconduction sans transmission de rapport d'évaluation ;
- Les ESSMS n'ayant pas eu d'échanges avec leur(s) autorité(s) de tarification et de contrôle ;
- Le cas échéant, et dans la mesure du possible, les ESSMS gérés par un seul gestionnaire et dont les échéances de transmission d'évaluation pourraient être articulées.

Ces critères sont proposés à titre indicatif et leur mise en œuvre ne doit pas être un obstacle au lissage de l'activité d'évaluation sur les cinq années de programmation. Des exemples accompagnés de schémas sont présentés en annexe 3 de la présente instruction.

C. Les évaluations en « rythme de croisière »

1. Des auto-évaluations facultatives

Désormais, **il n'y a plus d'évaluation externe ni interne**, elles sont réalisées par un organisme extérieur sur la base du référentiel de la HAS.

La réalisation d'auto-évaluations, non obligatoires, est fortement recommandée par la HAS dans un objectif d'amélioration continue de la qualité. Il est à noter que toute autre démarche interne relative à la qualité et complémentaire au dispositif des évaluations peut être envisagée.

Ces **auto-évaluations contribuent à préparer les structures à la réalisation de leurs évaluations** et à la démarche d'amélioration continue de la qualité. Les résultats de l'auto-évaluation ne sont pas transmis en tant que tels aux ATC.

Lorsqu'elle est réalisée, l'auto-évaluation est mentionnée dans le rapport annuel d'activité (RAA) que les ESSMS adressent à leur(s) ATC (art. D. 312-203 du CASF). Celui-ci comporte notamment les avancées du plan d'amélioration continue de la qualité (PAQ) mis en œuvre par la structure (par exemple, les axes de progrès eux-mêmes issus du rapport d'évaluation quinquennal et ceux consécutifs à une éventuelle auto-évaluation).

2. Le rythme quinquennal et le renouvellement de l'autorisation

Ce point ne concerne pas les ESSMS de la protection judiciaire de la jeunesse visés au 4° de l'article L. 312-1 du CASF⁵.

Le nouveau rythme quinquennal des évaluations ne remet pas en cause la durée de l'autorisation de quinze ans prévue à l'article L. 313-1 du CASF.

⁵ Art. L. 313-1 du CASF 4° : [...] à l'exception des ESSMS du 4° de l'article L. 312-1 qui dispose d'une autorisation à durée illimitée. [...].

Une évolution du lien entre évaluations et autorisation a été introduite par le décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 modifié qui prévoit la prise en compte, pour le renouvellement de l'autorisation, des **résultats de l'ensemble des évaluations** transmises à compter de la date de l'autorisation et au plus tard deux ans avant la fin de l'autorisation, et non plus uniquement le dernier rapport d'évaluation comme le prévoyait le dispositif précédent.

Nous vous rappelons ainsi que désormais, ce sont tous les résultats d'évaluations réalisées et transmis à compter de la date de l'autorisation et jusqu'à la treizième année de l'autorisation qui sont pris en compte pour le renouvellement de l'autorisation. Il n'est par conséquent plus nécessaire de systématiquement prévoir des transmissions de rapports deux ou trois ans avant le renouvellement. L'enjeu est de lisser la programmation par période de 5 années. L'objectif est d'éviter que tous les rapports d'évaluation soient transmis au même moment, et que se reproduise un pic d'activité.

En fonction de la programmation des dates de transmission des évaluations applicable à l'ESSMS considéré, deux ou trois rapports d'évaluation sont pris en compte par les autorités compétentes pour le renouvellement de son autorisation. Cela permet une programmation souple, sans se focaliser sur le dernier rapport d'évaluation transmis la douzième ou la treizième année de l'autorisation.

Cette mesure permet ainsi de renforcer la démarche d'amélioration continue de la qualité et d'apprécier la dynamique instaurée par l'établissement ou le service en la matière. Elle participe également à renforcer le lien et la continuité entre les différentes évaluations réalisées, en leur conférant la même importance.

Un exemple, accompagné de schémas, est décrit plus finement en annexe 4 de la présente instruction.

3. Le suivi des évaluations par les ESSMS

Après la visite d'évaluation, l'ESSMS va pouvoir enrichir et prioriser les actions d'amélioration à mettre en œuvre dans la structure. Lors du dialogue de gestion des comptes annuels (état réalisé des recettes et des dépenses [ERRD] ou compte administratif), l'ATC doit s'assurer de la mise en œuvre effective de la démarche qualité via la lecture des rapports d'activité. En effet, l'article D. 312-203 du CASF prévoit que l'ESSMS fait mention, dans son rapport d'activité annuel adressé à (aux) autorité(s) de tarification et de contrôle, des actions engagées dans le cadre de sa démarche d'amélioration continue de la qualité.

Dans le rapport d'activité annuel de la structure, il sera donc possible de :

- présenter un suivi du plan d'actions issu des résultats de l'évaluation ;
- valoriser les actions engagées en faveur de l'amélioration continue de la qualité ;
- faire état de l'avancée des actions prioritaires spécifiquement engagées dans le cadre des critères impératifs non satisfaits lors de la visite d'évaluation.

Pour mémoire, la démarche qualité est également développée par le projet d'établissement ou de service de chaque structure (art. L. 311-8 du CASF).

3. Les ressources pour accompagner la mise en œuvre de la réforme

Pour vous appuyer dans la mise en œuvre des évolutions induites par la réforme du dispositif d'évaluation de la qualité, plusieurs documents sont à votre disposition :

- des modèles d'arrêtés de programmation sont mis à la disposition des autorités chargées de l'autorisation que vous trouverez en annexe 5 de la présente instruction ;
- une foire aux questions est également disponible au lien suivant : [Évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux : présentation de la réforme | Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées \(solidarites.gouv.fr\)](#) ;
- Les webinaires et les supports de présentation qui vous ont été transmis dans ce cadre⁶.

Nous vous remercions de signaler toute difficulté de mise en œuvre à l'adresse suivante : DGCS-5C-EVALUATIONS@social.gouv.fr.

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


Pierre PRIBILE

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

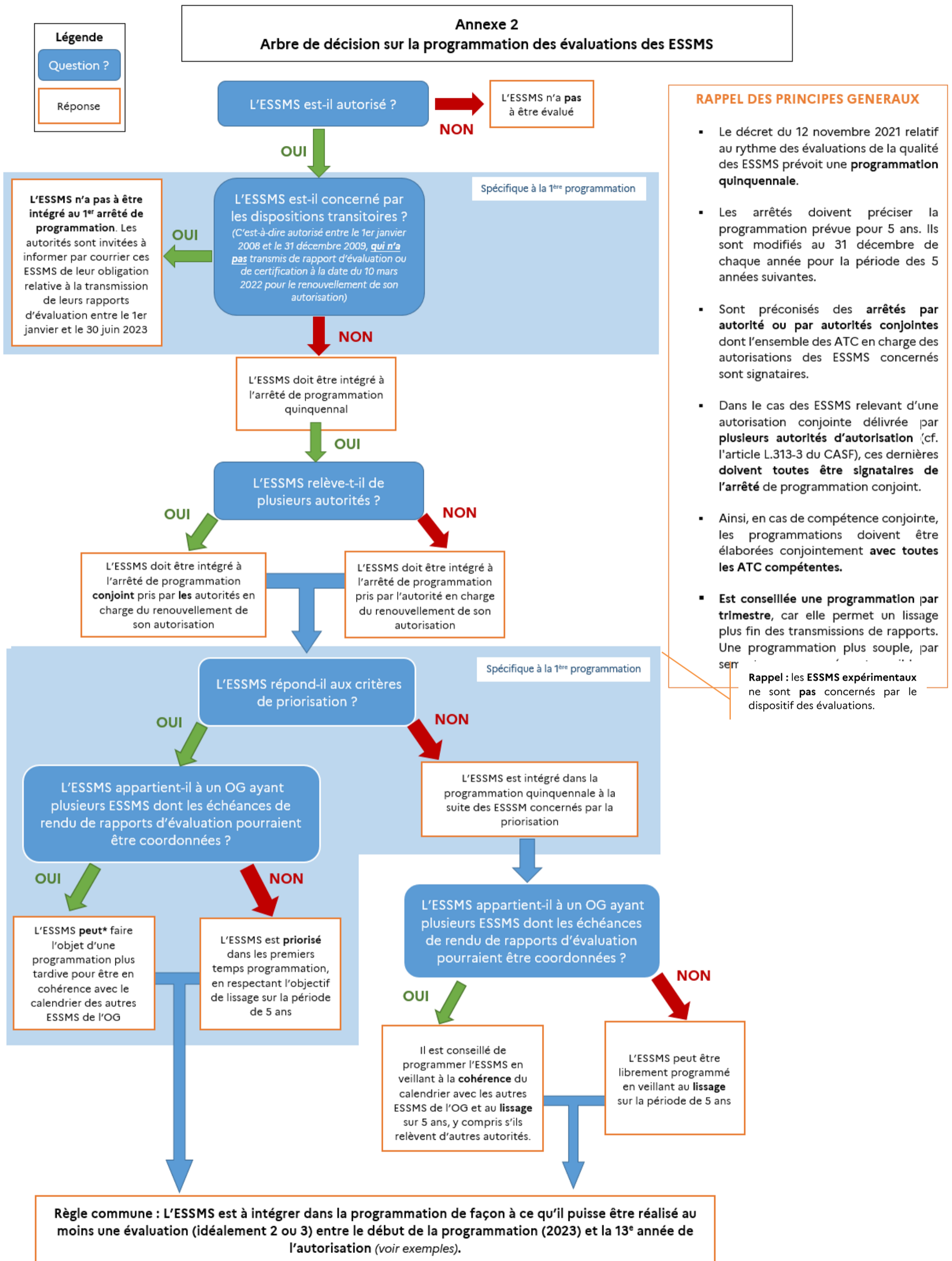

Jean-Benoît DUJOL

⁶ <https://www.idealco.fr/formation/mise-en-uvre-dispositif-d-evaluation-qualite-essms-dgcs-lqty2022-27721>.

Annexe 1

Tableau comparatif entre l'ancien dispositif et le nouveau dispositif

Sujet	Ancien dispositif	Nouveau dispositif
Lien entre rythme des évaluations et date du renouvellement de l'autorisation	En application de l'article L. 313-1 du CASF, le renouvellement, total ou partiel de l'autorisation initiale était exclusivement subordonné aux résultats de l'évaluation externe mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 312-8 du même code.	Le lien prévu à l'article L. 313-1 du CASF est maintenu entre évaluations et renouvellement d'autorisation. Ce sont désormais les rapports d'évaluation transmis au cours des 13 premières années de l'évaluation qui sont pris en compte pour le renouvellement de l'autorisation (cf. article D. 312-204 du CASF).
Rythme des évaluations	Il était prévu deux évaluations externes respectivement à 7 ans et 13 ans à compter de la date d'autorisation et des évaluations internes tous les 5 ans.	Le rythme des évaluations réalisées par des organismes évaluateurs tiers est quinquennal et fixé par des arrêtés de programmation des autorités de tarification et de contrôle (ATC).
Impact sur la charge de travail des acteurs (établissements et services sociaux et médico-sociaux [ESSMS], autorités...)	La majorité des ESSMS ont été autorisés avant la date de publication de la loi de 2002, instaurant le principe des évaluations. Les échéances calendaires de leurs évaluations étant de ce fait les mêmes, cela a engendré des pics difficiles à gérer dans la réalisation des évaluations par les ESSMS et pour l'examen des rapports par les autorités en 2015.	Il n'y a plus de focalisation sur la seule 13 ^{ème} année d'autorisation avec un lissage équilibré du travail d'évaluation sur la durée de l'autorisation. La programmation des échéances quinquennales de transmission des rapports d'évaluation par les autorités compétentes permet à ces dernières de répartir leur travail d'examen des rapports, et aux ESSMS d'anticiper la réalisation de leurs évaluations. Elle favorise l'instauration de dialogues entre ces acteurs à l'occasion des rendus d'évaluations.



*Cette décision est soumise à la condition préalable de s'être assuré qu'il n'y a pas de motif d'inquiétude ou de vigilance particulière quant à la qualité des accompagnements et prestations réalisés par l'ESSMS. En toute hypothèse, elle est soumise à l'accord préalable des autres autorités en charge du renouvellement de l'autorisation (si compétence conjointe).

Annexe 3 : Exemple d'un ESSMS dont le renouvellement d'autorisation a eu lieu en 2017

Cas d'un ESSMS renouvelé en 2017. Cette année connaît un pic du nombre d'ESSMS autorisés ou renouvelés (80 % des structures autorisées). Il est donc nécessaire veiller à un lissage de la programmation de ces ESSMS pour éviter les engorgements au moment de leur remise et de leur étude en vue du renouvellement en 2032. Le dernier rapport d'évaluation pris en compte pour le renouvellement de l'autorisation sera celui transmis en 2030.

En fonction du contexte local (nombre d'ESSMS à évaluer), la programmation par l'ATC peut prévoir pour certains ESSMS :

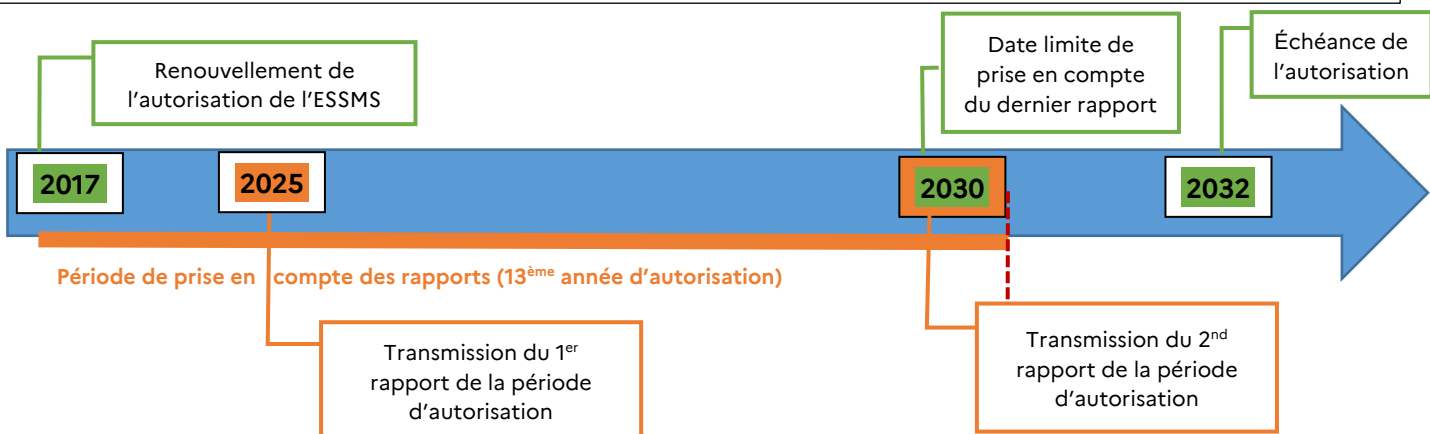
- **Option a** : la transmission d'un premier rapport d'évaluation en 2025 qui l'amènerait à recevoir un second rapport en 2030, et à disposer ainsi de deux rapports d'évaluation pour le renouvellement de l'autorisation de cet ESSMS en 2032.

Cependant, dans l'hypothèse où ce calendrier ne pourrait être respecté pour l'ensemble des ESSMS autorisés ou renouvelés en 2017 sur le territoire (notamment en raison de leur nombre très important = risque d'engorgement), l'ATC peut également prévoir :

- **Option b** : l'ATC pourra prévoir, par exemple, pour certains autres ESSMS une transmission de rapport en 2027, la suivante intervenant 5 ans après soit en 2032. Le renouvellement de l'autorisation de cette structure reposera sur la seule évaluation de 2027. Il est à noter que pour le cycle d'autorisation suivant, l'ATC disposera bien de deux rapports pour le renouvellement de l'autorisation (2037 et 2042).

⇒ Les options a) et b) sont **complémentaires** et peuvent être mises en œuvre sur le territoire pour assurer la cohérence de la programmation et le lissage.

- **Option a = si l'ATC peut programmer deux évaluations tout en respectant le lissage sur 5 ans.**



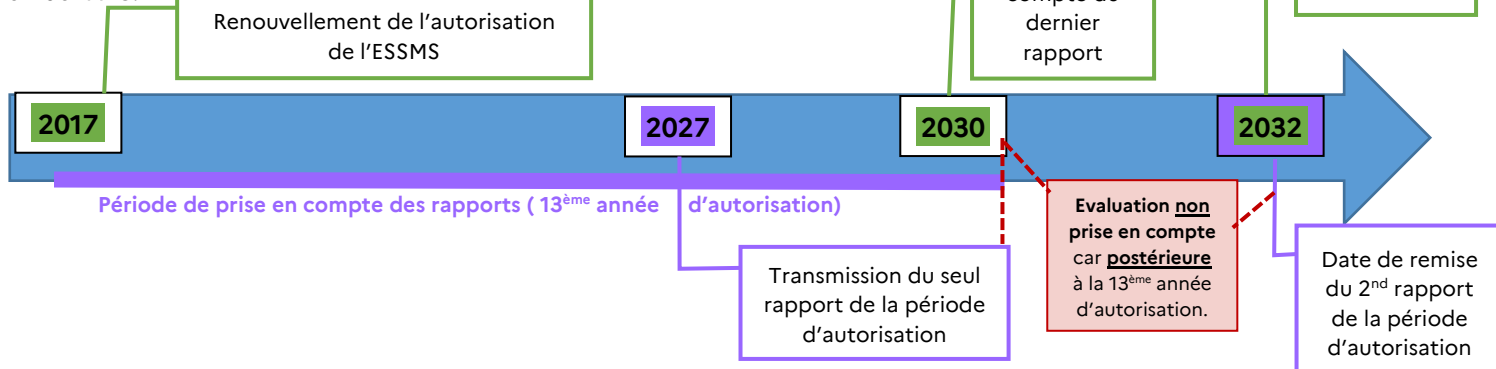
En **vert** : éléments généraux de calendrier (fixes).

En **orange** : dates de transmission des rapports (modulables) en fonction du choix de l'ATC.

- **Option b = si l'ATC ne peut pas programmer deux évaluations tout en respectant le lissage sur 5 ans.**

En **vert** : éléments généraux de calendrier (fixes).

En **violet** : dates de transmission des rapports (modulables) en fonction du choix de l'ATC.



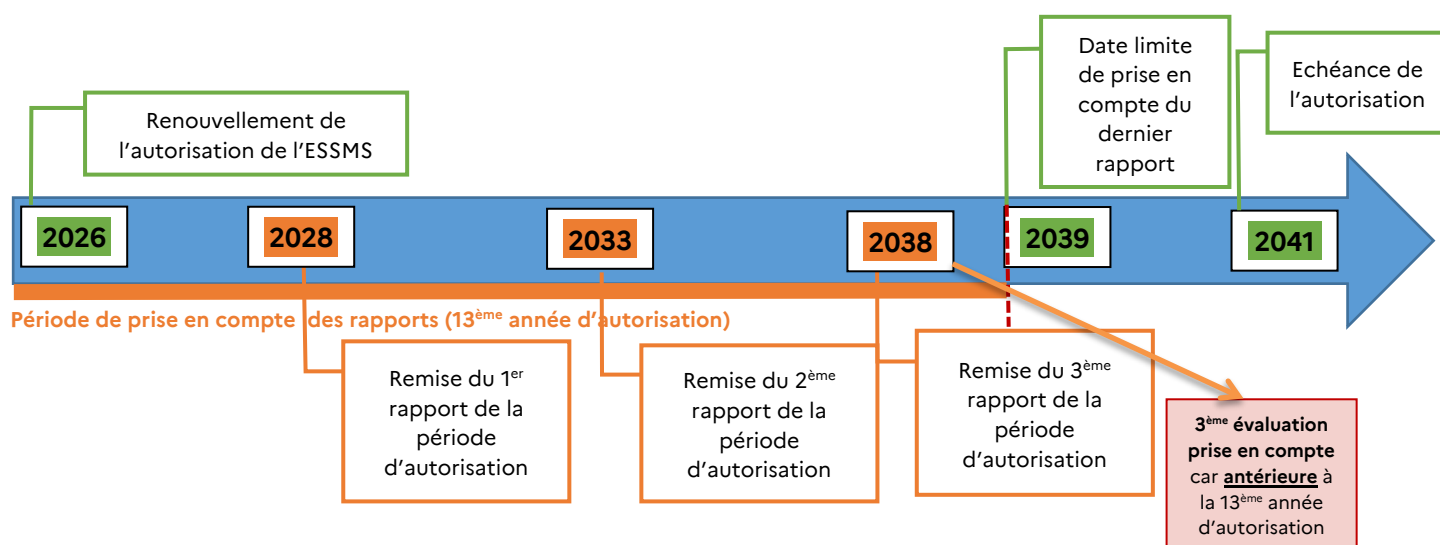
Annexe 4

Exemples soulignant la souplesse laissée aux ATC pour programmer les dates de remise des rapports d'évaluation d'ESSMS

Pour un ESSMS autorisé le 1^{er} avril 2026 et dont l'autorisation vient à échéance le 30 mars 2041 :

- **Situation n° 1** : si la programmation des autorités prévoit une transmission en 2028 de son 1^{er} rapport d'évaluation (les deux suivants interviendront en 2033 et 2038), le renouvellement de son autorisation prendra en compte les trois rapports d'évaluation. En effet, ils auront été transmis au cours des treize premières années de l'autorisation.
- **Situation n° 2** : si la programmation des autorités prévoit, cette fois-ci, que le 1^{er} rapport d'évaluation est en 2030 (les deux suivants interviendront en 2035 et 2040), le renouvellement de l'autorisation prendra en compte les deux rapports d'évaluation parvenus jusqu'à la treizième année d'autorisation (2039) ; ainsi le troisième rapport arrivant après n'est pas pris en compte.

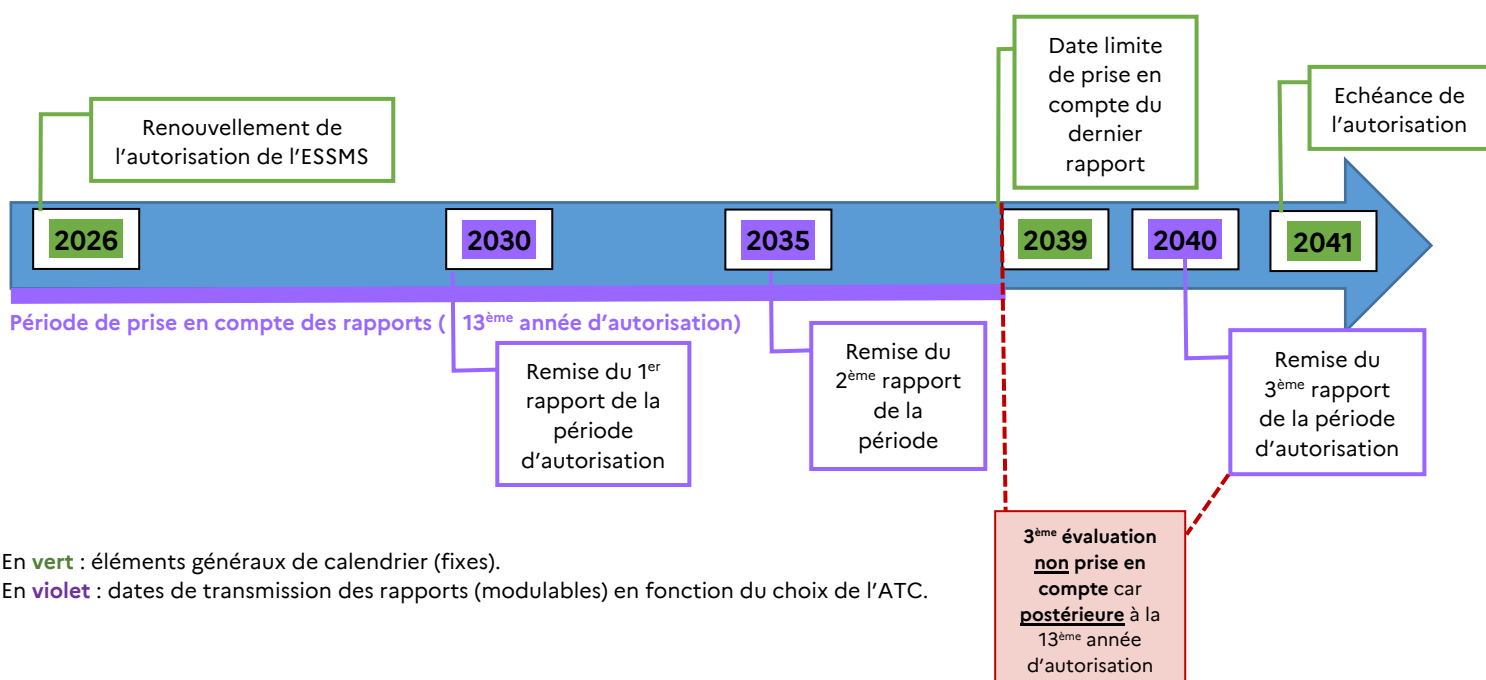
ESSMS autorisé le 1^{er} avril 2026 et choix des ATC de programmer la 1^{ère} évaluation en 2028



En **vert** : éléments généraux de calendrier (fixes).

En **orange** : dates de transmission des rapports (modulables) en fonction du choix de l'ATC.

ESSMS autorisé le 1^{er} avril 2026 et choix des ATC de programmer la 1^{ère} évaluation en 2030



En **vert** : éléments généraux de calendrier (fixes).

En **violet** : dates de transmission des rapports (modulables) en fonction du choix de l'ATC.

Annexe 5

Modèles d'arrêté de programmation

- **Modèle n° 1** : modèle d'arrêté portant programmation des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) dont l'autorisation est délivrée conjointement par les présidents de conseils départementaux et les préfets
- **Modèle n° 2** : modèle d'arrêté portant programmation des évaluations de la qualité des ESSMS dont l'autorisation est délivrée par les présidents de conseil départemental
- **Modèle n° 3** : modèle d'arrêté portant programmation des évaluations de la qualité des ESSMS dont l'autorisation est délivrée par les préfets
- **Modèle n° 4** : modèle d'arrêté portant programmation des évaluations de la qualité des ESSMS dont l'autorisation est délivrée conjointement par les directeurs généraux des agences régionales de santé et les préfets
- **Modèle n° 5** : modèle d'arrêté portant programmation des évaluations de la qualité des ESSMS dont l'autorisation est délivrée par des directeurs généraux des agences régionales de santé
- **Modèle n° 6** : modèle d'arrêté portant programmation des évaluations de la qualité des ESSMS dont l'autorisation est délivrée conjointement par les directeurs généraux des agences régionales de santé et les présidents de conseil départemental

Modèle d'arrêté n° 1

Arrêté n° XXX du XX XXXXX XX

Portant programmation des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant du e) de l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles pour les années 2023 à 2027, conformément aux articles L. 312-8 et D. 312-204 du même code

LE/LA PRÉSIDENT(E) DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE [indiquer le département]

LE PRÉFET DE [indiquer le territoire]

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 312-1, L. 312-8, L. 313-1 et D. 312-204 ;

Vu le décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 modifié relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

Vu le décret n° 2022-695 du 26 avril 2022 modifiant le décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux,

ARRÊTENT :

Article 1^{er}

La programmation pluriannuelle prévue à l'article D. 312-204 du code de l'action sociale et des familles des échéances prévisionnelles de transmission, à l'autorité en charge de leur autorisation, des rapports d'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux dont l'autorisation est délivrée conformément au e) de l'article L. 313-3 du même code est annexée au présent arrêté.

Article 2

(pour l'arrêté du 1^{er} octobre 2022)

Conformément à l'article 2 du décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 modifié relatif au rythme des évaluations de la qualité des services et établissements sociaux et médico-sociaux, la programmation prévue à l'article 1^{er} porte sur la période du 1^{er} juillet 2023 au 31 décembre 2027.

Cette programmation peut être modifiée notamment pour tenir compte de changements intervenus dans la situation des établissements et services concernés.

[Article 2]

(pour l'arrêté de programmation à compter du 1^{er} janvier 2024)

[La programmation prévue à l'article 1^{er} porte sur la période du 1^{er} janvier 2024 au 31 décembre 2028.]

Cette programmation est ajustée au plus tard au 31 décembre de chaque année au titre des cinq années suivantes.

Elle peut être modifiée notamment pour tenir compte de changements intervenus dans la situation des établissements et services concernés.]

Article 3

Le présent arrêté sera transmis au contrôle de légalité et publié **[au choix des autorités compétentes]** par voie électronique sur le site internet du Conseil départemental **[nom du territoire]** et **ou** par affichage.

Article 4

Le présent arrêté est susceptible de faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa publication. Il est également susceptible de faire l'objet d'un recours administratif préalable dans le même délai.

Un recours contentieux peut ensuite être formé auprès du tribunal administratif compétent dans le délai de deux mois suivant le rejet explicite ou implicite du recours administratif par la voie de l'application informatique « Télérecours citoyens » sur le site www.telerecours.fr.

Article 5

Le/La président(e) du Conseil départemental **[ou indiquer son représentant]** et le préfet de **[indiquer le territoire] [ou indiquer son représentant sur le territoire concerné]** sont chargés de l'exécution du présent arrêté.

Fait le XXXX à XXXX,

Le/La président(e) du Conseil
départemental de **[indiquer le
département]**

Le préfet de **[indiquer le territoire]**

Annexe

Relative à la programmation du 1^{er} juillet 2023 au 31 décembre 2027 de transmission des rapports d'évaluation des établissements sociaux ou médico-sociaux autorisés par le/la président(e) du conseil départemental de *[indiquer le département]* et le préfet de *[indiquer le territoire]*

Année de transmission du rapport	Échéance trimestrielle de transmission du rapport	Organisme gestionnaire		ESMS ou ESSMS concernés		
		Raison sociale	N° Finess juridique	Raison sociale (nom de la structure)	N° Finess géographique	
2023	3 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
	4 ^{ème} trimestre					
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	

Année de transmission du rapport	Échéance trimestrielle de transmission du rapport	Organisme gestionnaire		ESMS ou ESSMS concernés	
		Raison sociale	N° Finess juridique	Raison sociale (nom de la structure)	N° Finess géographique
2024	1 ^{er} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
					YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
	2 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
	3 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
	4 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY

Année de transmission du rapport	Échéance trimestrielle de transmission du rapport	Organisme gestionnaire		ESMS ou ESSMS concernés	
		Raison sociale	N° Finess juridique	Raison sociale (nom de la structure)	N° Finess géographique
2025	1 ^{er} trimestre		XXXXXXXXXX		
			XXXXXXXXXX		
	2 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		
			XXXXXXXXXX		
			XXXXXXXXXX		
	3 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
	4 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY

Année de transmission du rapport	Échéance trimestrielle de transmission du rapport	Organisme gestionnaire		ESMS ou ESSMS concernés	
		Raison sociale	N° Finess juridique	Raison sociale (nom de la structure)	N° Finess géographique
2026	1 ^{er} trimestre		XXXXXXXXXX		
			XXXXXXXXXX		
	2 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		
			XXXXXXXXXX		
			XXXXXXXXXX		
	3 ^{ème} trimestre				
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
	4 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
					YYYYYYYYYY

Année de transmission du rapport	Échéance trimestrielle de transmission du rapport	Organisme gestionnaire		ESMS ou ESSMS concernés	
		Raison sociale	N° Finess juridique	Raison sociale (nom de la structure)	N° Finess géographique
2027	1 ^{er} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
					YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		
					YYYYYYYYYY
	2 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
					YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
	3 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
	4 ^{ème} trimestre				
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY

Modèle d'arrêté n° 2

Arrêté n° XXX du XX XXXXX XX

Portant programmation des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant du a) et du g) de l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles pour les années 2023 à 2027, conformément aux articles L. 312-8 et D. 312-204 du même code

LE PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL

[Indiquer le département]

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 312-1, L. 312-8, L. 313-1 et D. 312-204 ;

Vu le décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 modifié relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

Vu le décret n° 2022-695 du 26 avril 2022 modifiant le décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux,

ARRÊTE :

Article 1^{er}

La programmation pluriannuelle prévue à l'article D. 312-204 du code de l'action sociale et des familles des échéances prévisionnelles de transmission, à l'autorité en charge de leur autorisation, des rapports d'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux dont l'autorisation est délivrée conformément aux a) et g) de l'article L. 313-3 du même code est annexée au présent arrêté.

Article 2

(pour l'arrêté du 1^{er} octobre 2022)

Conformément à l'article 2 du décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 modifié relatif au rythme des évaluations de la qualité des services et établissements sociaux et médico-sociaux, la programmation prévue à l'article 1^{er} porte sur la période du 1^{er} juillet 2023 au 31 décembre 2027.

Cette programmation peut être modifiée notamment pour tenir compte de changements intervenus dans la situation des établissements et services concernés.

[Article 2]

(pour l'arrêté de programmation à compter du 1^{er} janvier 2024)

[La programmation prévue à l'article 1^{er} porte sur la période du 1^{er} janvier 2024 au 31 décembre 2028.]

Cette programmation est ajustée au plus tard au 31 décembre de chaque année au titre des cinq années suivantes.

Elle peut être modifiée notamment pour tenir compte de changements intervenus dans la situation des établissements et services concernés.]

Article 3

Le présent arrêté sera transmis au contrôle de légalité et publié **[au choix de l'autorité compétente]** par voie électronique sur le site internet du Conseil départemental [nom du territoire] et **ou** par affichage.

Article 4

Le présent arrêté est susceptible de faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa publication.

Il est également susceptible de faire l'objet d'un recours administratif préalable dans le même délai.

Un recours contentieux peut ensuite être formé auprès du tribunal administratif compétent dans le délai de deux mois suivant le rejet explicite ou implicite du recours administratif.

Article 5

Le président du Conseil départemental [ou indiquer son représentant] est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait le XXXX à XXXX,

Le président du Conseil départemental du **[indiquer le département]**

Annexe

Relative à la programmation du 1^{er} juillet 2023 au 31 décembre 2027 de transmission des rapports d'évaluation des établissements sociaux ou médico-sociaux autorisés par le président du Conseil départemental

Année de transmission du rapport	Échéance trimestrielle de transmission du rapport	Organisme gestionnaire		ESMS ou ESSMS concernés		
		Raison sociale	N° Finess juridique	Raison sociale (nom de la structure)	N° Finess géographique	
2023	3 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
					YYYYYYYYYY	
			XXXXXXXXXX			
					YYYYYYYYYY	
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
	4 ^{ème} trimestre					
						YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX			YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX			YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX			YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX			YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX			YYYYYYYYYY
		XXXXXXXXXX			YYYYYYYYYY	

Année de transmission du rapport	Échéance trimestrielle de transmission du rapport	Organisme gestionnaire		ESMS ou ESSMS concernés	
		Raison sociale	N° Finess juridique	Raison sociale (nom de la structure)	N° Finess géographique
2024	1 ^{er} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
					YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		
					YYYYYYYYYY
	2 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
					YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
	3 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
	4 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY

Année de transmission du rapport	Échéance trimestrielle de transmission du rapport	Organisme gestionnaire		ESMS ou ESSMS concernés	
		Raison sociale	N° Finess juridique	Raison sociale (nom de la structure)	N° Finess géographique
2025	1 ^{er} trimestre		XXXXXXXXXX		
			XXXXXXXXXX		
	2 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		
			XXXXXXXXXX		
			XXXXXXXXXX		
	3 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
	4 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
				YYYYYYYYYY	

Année de transmission du rapport	Échéance trimestrielle de transmission du rapport	Organisme gestionnaire		ESMS ou ESSMS concernés	
		Raison sociale	N° Finess juridique	Raison sociale (nom de la structure)	N° Finess géographique
2026	1 ^{er} trimestre		XXXXXXXXXX		
			XXXXXXXXXX		
	2 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		
			XXXXXXXXXX		
			XXXXXXXXXX		
	3 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
	4 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
				YYYYYYYYYY	

Année de transmission du rapport	Échéance trimestrielle de transmission du rapport	Organisme gestionnaire		ESMS ou ESSMS concernés	
		Raison sociale	N° Finess juridique	Raison sociale (nom de la structure)	N° Finess géographique
2027	1 ^{er} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
					YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		
					YYYYYYYYYY
	2 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
					YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
	3 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
	4 ^{ème} trimestre				
		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	

Modèle d'arrêté n° 3

Arrêté n° XXX du XX XXXXX XX

Portant programmation des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant du c) de l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles pour les années 2023 à 2027, conformément aux articles L. 312-8 et D. 312-204 du même code

LE PRÉFET DE [Indiquer le territoire]

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 312-1, L. 312-8, L. 313-1 et D. 312-204 ;

Vu le décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 modifié relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

Vu le décret n° 2022-695 du 26 avril 2022 modifiant le décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux,

ARRÊTE :

Article 1^{er}

La programmation pluriannuelle prévue à l'article D. 312-204 du code de l'action sociale et des familles des échéances prévisionnelles de transmission, à l'autorité en charge de leur autorisation, des rapports d'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux dont l'autorisation est délivrée conformément au c) de l'article L. 313-3 du même code est annexée au présent arrêté.

Article 2

(pour l'arrêté du 1^{er} octobre 2022)

Conformément à l'article 2 du décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 modifié relatif au rythme des évaluations de la qualité des services et établissements sociaux et médico-sociaux, la programmation prévue à l'article 1^{er} porte sur la période du 1^{er} juillet 2023 au 31 décembre 2027.

Cette programmation peut être modifiée notamment pour tenir compte de changements intervenus dans la situation des établissements et services concernés.

[Article 2]

(pour l'arrêté de programmation à compter du 1^{er} janvier 2024)

[La programmation prévue à l'article 1^{er} porte sur la période du 1^{er} janvier 2024 au 31 décembre 2028.]

Cette programmation est ajustée au plus tard au 31 décembre de chaque année au titre des cinq années suivantes.

Elle peut être modifiée notamment pour tenir compte de changements intervenus dans la situation des établissements et services concernés.]

Article 3

Le présent arrêté sera publié **[au choix de l'autorité compétente]** par voie électronique sur le site internet de l'autorité **et/ou** affichage.

Article 4

Le présent arrêté est susceptible de faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa publication.

Il est également susceptible de faire l'objet d'un recours administratif préalable dans le même délai.

Un recours contentieux peut ensuite être formé auprès du tribunal administratif compétent dans le délai de deux mois suivant le rejet explicite ou implicite du recours administratif par la voie de l'application informatique « Télérecours citoyens » sur le site www.telerecours.fr.

Article 5

Le préfet de **[indiquer le territoire] [ou indiquer son représentant sur le territoire concerné]** est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait le XXXX à XXXX,

Le préfet de **[indiquer le territoire]**

Annexe

Relative à la programmation du 1^{er} juillet 2023 au 31 décembre 2027 de transmission des rapports d'évaluation des établissements sociaux ou médico-sociaux autorisés par le préfet de [indiquer le territoire]

Année de transmission du rapport	Échéance trimestrielle de transmission du rapport	Organisme gestionnaire		ESMS ou ESSMS concernés		
		Raison sociale	N° Finess juridique	Raison sociale (nom de la structure)	N° Finess géographique	
2023	3 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
	4 ^{ème} trimestre					YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	

Année de transmission du rapport	Échéance trimestrielle de transmission du rapport	Organisme gestionnaire		ESMS ou ESSMS concernés	
		Raison sociale	N° Finess juridique	Raison sociale (nom de la structure)	N° Finess géographique
2024	1 ^{er} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
					YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		
					YYYYYYYYYY
	2 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
					YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
	3 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
	4 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	

Année de transmission du rapport	Échéance trimestrielle de transmission du rapport	Organisme gestionnaire		ESMS ou ESSMS concernés		
		Raison sociale	N° Finess juridique	Raison sociale (nom de la structure)	N° Finess géographique	
2025	1 ^{er} trimestre		XXXXXXXXXX			
			XXXXXXXXXX			
	2 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX			
			XXXXXXXXXX			
			XXXXXXXXXX			
	3 ^{ème} trimestre					
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
	4 ^{ème} trimestre			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
				XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
				XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
					YYYYYYYYYY	

Année de transmission du rapport	Échéance trimestrielle de transmission du rapport	Organisme gestionnaire		ESMS ou ESSMS concernés	
		Raison sociale	N° Finess juridique	Raison sociale (nom de la structure)	N° Finess géographique
2026	1 ^{er} trimestre		XXXXXXXXXX		
			XXXXXXXXXX		
	2 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		
			XXXXXXXXXX		
			XXXXXXXXXX		
	3 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
	4 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
				YYYYYYYYYY	

Année de transmission du rapport	Échéance trimestrielle de transmission du rapport	Organisme gestionnaire		ESMS ou ESSMS concernés	
		Raison sociale	N° Finess juridique	Raison sociale (nom de la structure)	N° Finess géographique
2027	1 ^{er} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
					YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		
					YYYYYYYYYY
	2 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
					YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
	3 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
	4 ^{ème} trimestre				
		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	

Modèle d'arrêté n° 4**Arrêté n° XXX du XX XXXXX XX**

Portant programmation des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant du f) de l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles pour les années 2023 à 2027, conformément aux articles L. 312-8 et D. 312-204 du même code

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DE [indiquer la région]

LE PRÉFET DE [indiquer le territoire]

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 312-1, L. 312-8, L. 313-1 et D. 312-204,

Vu le décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 modifié relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

Vu le décret n° 2022-695 du 26 avril 2022 modifiant le décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux,

ARRÊTENT :

Article 1^{er}

La programmation pluriannuelle prévue à l'article D. 312-204 du code de l'action sociale et des familles des échéances prévisionnelles de transmission aux autorités en charge de leur autorisation des rapports d'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux dont l'autorisation est délivrée conformément au f) de l'article L. 313-3 du même code est annexée au présent arrêté.

Article 2

(pour l'arrêté du 1^{er} octobre 2022)

Conformément à l'article 2 du décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 modifié relatif au rythme des évaluations de la qualité des services et établissements sociaux et médico-sociaux, la programmation prévue à l'article 1^{er} porte sur la période du 1^{er} juillet 2023 au 31 décembre 2027.

Cette programmation peut être modifiée notamment pour tenir compte de changements intervenus dans la situation des établissements et services concernés.

[Article 2]

(pour l'arrêté de programmation à compter du 1^{er} janvier 2024)

[La programmation prévue à l'article 1^{er} porte sur la période du 1^{er} janvier 2024 au 31 décembre 2028.]

Cette programmation est ajustée au plus tard au 31 décembre de chaque année au titre des cinq années suivantes.

Elle peut être modifiée notamment pour tenir compte de changements intervenus dans la situation des établissements et services concernés.]

Article 3

Le présent arrêté sera publié **[au choix des autorités compétentes]** par voie électronique sur le site internet de l'autorité **ou** dans le recueil des actes administratifs.

Article 4

Le présent arrêté est susceptible de faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa publication. Il est également susceptible de faire l'objet d'un recours administratif préalable dans le même délai.

Un recours contentieux peut ensuite être formé auprès du tribunal administratif compétent dans le délai de deux mois suivant le rejet explicite ou implicite du recours administratif par la voie de l'application informatique « Télérecours citoyens » sur le site www.telerecours.fr.

Article 5

Le directeur général de l'agence régionale de santé de [indiquer la région] [ou indiquer son représentant] et le préfet de [indiquer le territoire] [ou indiquer son représentant] sont chargés de l'exécution du présent arrêté.

Fait le XXXX à XXXX,

Le directeur général de l'agence
régionale de santé
de **[indiquer la région]**

Le préfet de **[indiquer le territoire]**

Annexe

Relative à la programmation du 1^{er} juillet 2023 au 31 décembre 2027 de transmission des rapports d'évaluation des établissements sociaux ou médico-sociaux sociaux autorisés conjointement par le directeur général de l'agence régionale de santé de [indiquer la région] et le préfet de [indiquer le territoire]

Année de transmission du rapport	Échéance trimestrielle de transmission du rapport	Organisme gestionnaire		ESMS ou ESSMS concernés		
		Raison sociale	N° Finess juridique	Raison sociale (nom de la structure)	N° Finess géographique	
2023	3 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
					YYYYYYYYYY	
			XXXXXXXXXX			
					YYYYYYYYYY	
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
	4 ^{ème} trimestre					
						YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX			YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX			YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX			YYYYYYYYYY
	XXXXXXXXXX			YYYYYYYYYY		
	XXXXXXXXXX			YYYYYYYYYY		

Année de transmission du rapport	Échéance trimestrielle de transmission du rapport	Organisme gestionnaire		ESMS ou ESSMS concernés	
		Raison sociale	N° Finess juridique	Raison sociale (nom de la structure)	N° Finess géographique
2024	1 ^{er} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
					YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		
					YYYYYYYYYY
	2 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
					YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
	3 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
	4 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY

Année de transmission du rapport	Échéance trimestrielle de transmission du rapport	Organisme gestionnaire		ESMS ou ESSMS concernés	
		Raison sociale	N° Finess juridique	Raison sociale (nom de la structure)	N° Finess géographique
2025	1 ^{er} trimestre		XXXXXXXXXX		
			XXXXXXXXXX		
	2 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		
			XXXXXXXXXX		
			XXXXXXXXXX		
	3 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
	4 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
				YYYYYYYYYY	

Année de transmission du rapport	Échéance trimestrielle de transmission du rapport	Organisme gestionnaire		ESMS ou ESSMS concernés	
		Raison sociale	N° Finess juridique	Raison sociale (nom de la structure)	N° Finess géographique
2026	1 ^{er} trimestre		XXXXXXXXXX		
			XXXXXXXXXX		
	2 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		
			XXXXXXXXXX		
			XXXXXXXXXX		
	3 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
	4 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
				YYYYYYYYYY	

Année de transmission du rapport	Échéance trimestrielle de transmission du rapport	Organisme gestionnaire		ESMS ou ESSMS concernés	
		Raison sociale	N° Finess juridique	Raison sociale (nom de la structure)	N° Finess géographique
2027	1 ^{er} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
					YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		
					YYYYYYYYYY
	2 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
					YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
	3 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
	4 ^{ème} trimestre				
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	

Modèle d'arrêté n° 5**Arrêté n° XXX du XX XXXXX XX**

Portant programmation des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant du b) de l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles pour les années 2023 à 2027, conformément aux articles L. 312-8 et D. 312-204 du même code

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ

[Indiquer la région]

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 312-1, L. 312-8, L. 313-1 et D. 312-204,

Vu le décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 modifié relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

Vu le décret n° 2022-695 du 26 avril 2022 modifiant le décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux,

ARRÊTE :

Article 1^{er}

La programmation pluriannuelle prévue à l'article D. 312-204 du code de l'action sociale et des familles des échéances prévisionnelles de transmission, à l'autorité en charge de leur autorisation, des rapports d'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux dont l'autorisation est délivrée conformément au b) de l'article L. 313-3 du même code est annexée au présent arrêté.

Article 2

(pour l'arrêté du 1^{er} octobre 2022)

Conformément à l'article 2 du décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 modifié relatif au rythme des évaluations de la qualité des services et établissements sociaux et médico-sociaux, la programmation prévue à l'article 1^{er} porte sur la période du 1^{er} juillet 2023 au 31 décembre 2027.

Cette programmation peut être modifiée notamment pour tenir compte de changements intervenus dans la situation des établissements et services concernés.

[Article 2]

(pour l'arrêté de programmation à compter du 1^{er} janvier 2024)

[La programmation prévue à l'article 1^{er} porte sur la période du 1^{er} janvier 2024 au 31 décembre 2028.]

[Cette programmation est ajustée au plus tard au 31 décembre de chaque année au titre des cinq années suivantes.]

[Elle peut être modifiée notamment pour tenir compte de changements intervenus dans la situation des établissements et services concernés.]

Article 3

Le présent arrêté sera publié **[au choix de l'autorité compétente]** par voie électronique sur le site internet de l'autorité **et/ou** par affichage.

Article 4

Le présent arrêté est susceptible de faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa publication. Il est également susceptible de faire l'objet d'un recours administratif préalable dans le même délai.

Un recours contentieux peut ensuite être formé auprès du tribunal administratif compétent dans le délai de deux mois suivant le rejet explicite ou implicite du recours administratif par la voie de l'application informatique « Télérecours citoyens » sur le site www.telerecours.fr.

Article 5

Le directeur/la directrice général(e) de l'agence régionale de santé [ou indiquer son représentant] est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait le XXXX à XXXX,

Le directeur/la directrice général(e) de l'agence régionale de santé
de **[indiquer la région]**

Annexe

Relative à la programmation du 1^{er} juillet 2023 au 31 décembre 2027 de transmission des rapports d'évaluation des établissements sociaux ou médico-sociaux autorisés par le directeur/la directrice général(e) de l'agence régionale de santé

Année de transmission du rapport	Échéance trimestrielle de transmission du rapport	Organisme gestionnaire		ESMS ou ESSMS concernés		
		Raison sociale	N° Finess juridique	Raison sociale (nom de la structure)	N° Finess géographique	
2023	3 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
					YYYYYYYYYY	
			XXXXXXXXXX			
					YYYYYYYYYY	
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
	4 ^{ème} trimestre					
						YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX			YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX			YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX			YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX			YYYYYYYYYY
		XXXXXXXXXX			YYYYYYYYYY	

Année de transmission du rapport	Échéance trimestrielle de transmission du rapport	Organisme gestionnaire		ESMS ou ESSMS concernés	
		Raison sociale	N° Finess juridique	Raison sociale (nom de la structure)	N° Finess géographique
2024	1 ^{er} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
					YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		
					YYYYYYYYYY
	2 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
					YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
	3 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
	4 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY

Année de transmission du rapport	Échéance trimestrielle de transmission du rapport	Organisme gestionnaire		ESMS ou ESSMS concernés	
		Raison sociale	N° Finess juridique	Raison sociale (nom de la structure)	N° Finess géographique
2025	1 ^{er} trimestre		XXXXXXXXXX		
			XXXXXXXXXX		
	2 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		
			XXXXXXXXXX		
			XXXXXXXXXX		
	3 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
	4 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
				YYYYYYYYYY	

Année de transmission du rapport	Échéance trimestrielle de transmission du rapport	Organisme gestionnaire		ESMS ou ESSMS concernés	
		Raison sociale	N° Finess juridique	Raison sociale (nom de la structure)	N° Finess géographique
2026	1 ^{er} trimestre		XXXXXXXXXX		
			XXXXXXXXXX		
	2 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		
			XXXXXXXXXX		
			XXXXXXXXXX		
	3 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
	4 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
					YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY

Année de transmission du rapport	Échéance trimestrielle de transmission du rapport	Organisme gestionnaire		ESMS ou ESSMS concernés	
		Raison sociale	N° Finess juridique	Raison sociale (nom de la structure)	N° Finess géographique
2027	1 ^{er} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
					YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		
					YYYYYYYYYY
	2 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
					YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
	3 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
	4 ^{ème} trimestre				
		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	

[Logo CD]

[Logo ARS]

Modèle d'arrêté n° 6

Arrêté n° XXX du XX XXXXX XX

Portant programmation des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant du d) de l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles pour les années 2023 à 2027, conformément aux articles L. 312-8 et D. 312-204 du même code

LE PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL**LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ**

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 312-1, L. 312-8, L. 313-1 et D. 312-204 ;

Vu le décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 modifié relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

Vu le décret n° 2022-695 du 26 avril 2022 modifiant le décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux,

ARRÊTENT :**Article 1^{er}**

La programmation pluriannuelle prévue à l'article D. 312-204 du code de l'action sociale et des familles des échéances prévisionnelles de transmission aux autorités en charge de leur autorisation des rapports d'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux dont l'autorisation est délivrée conformément au d) de l'article L. 313-3 du même code est annexée au présent arrêté.

Article 2***(pour l'arrêté du 1^{er} octobre 2022)***

Conformément à l'article 2 du décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 modifié relatif au rythme des évaluations de la qualité des services et établissements sociaux et médico-sociaux, la programmation prévue à l'article 1^{er} porte sur la période du 1^{er} juillet 2023 au 31 décembre 2027.

Cette programmation peut être modifiée notamment pour tenir compte de changements intervenus dans la situation des établissements et services concernés.

[Article 2]

(pour l'arrêté de programmation à compter du 1^{er} janvier 2024)

[La programmation prévue à l'article 1^{er} porte sur la période du 1^{er} janvier 2024 au 31 décembre 2028.]

Cette programmation est ajustée au plus tard au 31 décembre de chaque année au titre des cinq années suivantes.

Elle peut être modifiée notamment pour tenir compte de changements intervenus dans la situation des établissements et services concernés.]

Article 3

Le présent arrêté sera transmis au contrôle de légalité et publié **[au choix des autorités compétentes]** par voie électronique sur le site internet de l'autorité **et/ou** par affichage.

Article 4

Le présent arrêté est susceptible de faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa publication.

Il est également susceptible de faire l'objet d'un recours administratif préalable dans le même délai.

Un recours contentieux peut ensuite être formé auprès du tribunal administratif compétent dans le délai de deux mois suivant le rejet explicite ou implicite du recours administratif par la voie de l'application informatique « Télérecours citoyens » sur le site www.telerecours.fr.

Article 5

Le président du Conseil départemental [ou indiquer son représentant] et le directeur général de l'agence régionale de santé [ou indiquer son représentant] sont chargés de l'exécution du présent arrêté.

Fait le XXXX à XXXX,

Le président du Conseil départemental
de **[indiquer le département]**

Le directeur général de l'agence
régionale de santé de **[indiquer la
région]**

Annexe

Relative à la programmation du 1^{er} juillet 2023 au 31 décembre 2027 de transmission des rapports d'évaluation des établissements sociaux ou médico-sociaux sociaux autorisés conjointement par le président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé

Année de transmission du rapport	Échéance trimestrielle de transmission du rapport	Organisme gestionnaire		ESMS ou ESSMS concernés		
		Raison sociale	N° Finess juridique	Raison sociale (nom de la structure)	N° Finess géographique	
2023	3 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
					YYYYYYYYYY	
			XXXXXXXXXX			
					YYYYYYYYYY	
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY	
	4 ^{ème} trimestre					
						YYYYYYYYYY
				XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
				XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
				XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
				XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY		

Année de transmission du rapport	Échéance trimestrielle de transmission du rapport	Organisme gestionnaire		ESMS ou ESSMS concernés	
		Raison sociale	N° Finess juridique	Raison sociale (nom de la structure)	N° Finess géographique
2024	1 ^{er} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
					YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		
					YYYYYYYYYY
	2 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
					YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
	3 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
	4 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY

Année de transmission du rapport	Échéance trimestrielle de transmission du rapport	Organisme gestionnaire		ESMS ou ESSMS concernés	
		Raison sociale	N° Finess juridique	Raison sociale (nom de la structure)	N° Finess géographique
2025	1 ^{er} trimestre		XXXXXXXXXX		
			XXXXXXXXXX		
	2 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		
			XXXXXXXXXX		
			XXXXXXXXXX		
	3 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
	4 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY

Année de transmission du rapport	Échéance trimestrielle de transmission du rapport	Organisme gestionnaire		ESMS ou ESSMS concernés	
		Raison sociale	N° Finess juridique	Raison sociale (nom de la structure)	N° Finess géographique
2026	1 ^{er} trimestre		XXXXXXXXXX		
			XXXXXXXXXX		
	2 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		
			XXXXXXXXXX		
			XXXXXXXXXX		
	3 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
	4 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY

Année de transmission du rapport	Échéance trimestrielle de transmission du rapport	Organisme gestionnaire		ESMS ou ESSMS concernés	
		Raison sociale	N° Finess juridique	Raison sociale (nom de la structure)	N° Finess géographique
2027	1 ^{er} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
					YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		
					YYYYYYYYYY
	2 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
					YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
	3 ^{ème} trimestre		XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
	4 ^{ème} trimestre				
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY
			XXXXXXXXXX		YYYYYYYYYY


GOVERNEMENT

Liberté
Égalité
Fraternité

NOTE D'INFORMATION INTERMINISTÉRIELLE N° DRH/STNGP/2023/107 du 28 juin 2023 relative à la campagne d'intégration dans le corps des administrateurs de l'Etat au titre de 2023 selon les modalités de mise en œuvre prévues à l'article 5 du décret du 1^{er} décembre 2021 portant statut particulier du corps des administrateurs de l'Etat

Le ministre du travail, du plein emploi et de l'insertion
Le ministre de la santé et de la prévention
Le ministre des solidarités, de l'autonomie
et des personnes handicapées

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux, directeurs, et délégués généraux, délégués, de l'administration centrale des ministères chargés des affaires sociales
Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
Monsieur le directeur régional et interdépartemental de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
Mesdames et Messieurs les directeurs de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
Mesdames et Messieurs les directeurs généraux d'agence régionale de santé

Référence	NOR : MTRR2317846N (numéro interne : 2023/107)
Date de signature	28/06/2023
Emetteurs	Ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion Ministère de la santé et de la prévention Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées Direction des ressources humaines
Objet	Campagne d'intégration dans le corps des administrateurs de l'Etat au titre de 2023 selon les modalités de mise en œuvre prévues à l'article 5 du décret du 1 ^{er} décembre 2021 portant statut particulier du corps des administrateurs de l'Etat
Contacts utiles	Service Transformation numérique et gestion de proximité Bureau de l'encadrement supérieur Mél. : drh-stngp-ES EncadrementSuperieur@sg.social.gouv.fr Délégation à l'encadrement supérieur et dirigeant Mél. : desd@sg.social.gouv.fr
Nombre de pages et annexe	6 pages et aucune annexe
Résumé	L'objet de la présente note est d'informer sur le calendrier et les modalités de mise en œuvre de la campagne d'intégration dans le corps des administrateurs de l'Etat au titre de 2023 en application de l'article 5 du décret du 1 ^{er} décembre 2021 portant statut particulier du corps des administrateurs de l'Etat.

Mention Outre-mer	Cette note d'information s'applique sans spécificité à l'ensemble des Outre-mer.
Mots-clés	Campagne d'intégration - administrateurs de l'Etat - 2023
Classement thématique	Administration générale
Textes de référence	<ul style="list-style-type: none"> - Code général de la fonction publique, notamment ses articles L. 412-2 et L. 511-6 ; - Décret n° 2019-1594 du 31 décembre 2019 modifié relatif aux emplois de direction de l'Etat ; - Décret n° 2021-1550 du 1^{er} décembre 2021 modifié portant statut particulier du corps des administrateurs de l'Etat ; - Décret n° 2022-441 du 29 mars 2022 relatif aux lignes directrices de gestion interministérielle ; - Décret n° 2022-720 du 27 avril 2022 relatif aux évaluations prévues par l'article L. 412-2 du code général de la fonction publique ; - Décret n° 2022-1453 du 23 novembre 2022 relatif aux conditions de classement, d'avancement et de rémunération applicables à certains emplois supérieurs de la fonction publique d'Etat ; - Décret n° 2022-1455 du 23 novembre 2022 portant diverses dispositions applicables à certains emplois supérieurs de la fonction publique d'Etat ; - Arrêté du 19 mai 2023 portant création d'un comité d'évaluation au sein du ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion, du ministère de la santé et de la prévention, du ministère des solidarités de l'autonomie et des personnes handicapées ; - Circulaire n° 6346-SG du 20 avril 2022 relative aux lignes directrices de gestion interministérielle.
Rediffusion locale	Etablissements publics sous tutelle ministérielle
Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP 23 juin 2023 - N° 51	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

La réforme de la haute fonction publique souhaitée par le Président de la République, entrée en vigueur dès 2022 avec une nouvelle étape au 1^{er} janvier 2023, fonde la nouvelle politique de pilotage de ressources humaines en matière d'encadrement supérieur de l'Etat sur dix principes figurant dans les lignes directrices de gestion interministérielle (LDGI) définies par le décret du 29 mars 2022 et la circulaire du Premier ministre du 20 avril 2022. Parmi ces principes figurent en particulier, l'ouverture des recrutements, leur transparence, et la diversité et l'égalité entre les hommes et les femmes.

La présente note d'information a pour objet de définir le cadre de la mise en œuvre au sein des ministères chargés des affaires sociales, de la campagne d'intégration dans le corps des administrateurs de l'Etat au titre de 2023 en application de l'article 5 du décret du 1^{er} décembre 2021 portant statut particulier du corps des administrateurs de l'Etat.

Elle précise d'une part, les nouvelles modalités et conditions d'intégration dans le corps (I), d'autre part, le calendrier de la campagne 2023 (II), et enfin la constitution du dossier (III), sachant que la Direction générale de l'administration et de la fonction publique devrait prochainement apporter des précisions complémentaires à ce cadre général.

I/ Les nouvelles modalités et conditions d'intégration dans le corps des administrateurs de l'Etat selon l'article 5 du décret n° 2021-1550 du 1^{er} décembre 2021 portant statut des administrateurs de l'Etat

L'intégration dans le corps des administrateurs de l'Etat selon l'article 5 du décret n° 2021-1550 du 1^{er} décembre 2021 portant statut des administrateurs de l'Etat constitue une nouvelle voie d'accès, complémentaire par rapport aux deux modalités réglementaires déjà existantes :

- Celle de droit commun définie par l'article L. 511-6 du code général de la fonction publique selon lequel « *Le fonctionnaire peut être intégré directement dans un corps ou cadre d'emplois de même catégorie et de niveau comparable à celui de son corps ou cadre d'emplois d'origine, ce niveau étant apprécié au regard des conditions de recrutement ou du niveau des missions prévues par les statuts particuliers. [...].* ».
- Celle dite du tour extérieur des administrateurs de l'Etat prévue par l'article 4 du décret n° 2021-1550 du 1^{er} décembre 2021 précité et par l'arrêté du 18 octobre 2022 fixant les modalités de l'examen des titres professionnels et de l'établissement de la liste d'aptitude d'accès au corps des administrateurs de l'Etat.

L'article 5 du décret n° 2021-1550 du 1^{er} décembre 2021 prévoit en effet un dispositif d'intégration dite « fonctionnelle » qui constitue une voie de promotion interne fondée sur la reconnaissance des responsabilités exercées. Il vise à mieux reconnaître et valoriser les parcours de carrière d'agents qui ont démontré, par l'exercice de fonctions à fortes responsabilités, en particulier dans les services déconcentrés, leur aptitude à exercer leurs missions au sein d'un corps d'encadrement supérieur.

I – 1. Les conditions requises pour l'intégration

Peuvent être intégrés dans le corps des administrateurs de l'Etat, après une évaluation réalisée dans les conditions prévues à l'article L. 412-2 du CGFP (Cf. point I-2.) :

- a) Les fonctionnaires civils de catégorie A qui occupent ou ont occupé pendant au moins cinq ans, dans les services de l'Etat ou de ses établissements publics un ou plusieurs emplois supérieurs tels que les emplois à la décision du Gouvernement, ceux de chef de service ou de sous-directeur, d'expert de haut niveau ou de directeur de projet, des emplois de direction de l'administration territoriale de l'État (DATE) classés dans le groupe I, II ou III, ainsi que d'autres emplois de niveau équivalent.

A titre d'exemples, peuvent être concernés :

- Les membres du corps des attachés d'administration de l'Etat, des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales ou des inspecteurs du travail, qui pendant 5 ans, de façon continue ou non, ont occupé un emploi fonctionnel de directeur de l'administration territoriale de l'Etat tels que ceux de directeur régional de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités, ou de directeur régional adjoint ou de directeur régional délégué de groupe I ou II ou III.
- Les membres du corps des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales qui pendant 5 ans ont occupé un emploi de directeur général d'agence régionale de santé ou un emploi Comex (Cf. annexe 1 du décret du 27 avril 2022).

Une fois intégrés dans le corps des administrateurs de l'Etat, les fonctionnaires concernés peuvent poursuivre, dans l'intérêt du service, jusqu'au terme de leur détachement dans l'emploi fonctionnel.

- b) Les fonctionnaires civils de catégorie A, qui occupent, depuis au moins cinq ans, un ou plusieurs emplois DATE classés dans le groupe IV ou le groupe V, ou des emplois de niveau équivalent, dans les services de l'Etat ou de ses établissements et qui ont demandé à être détachés dans le corps des administrateurs de l'Etat. A l'issue de ces deux années complémentaires de détachement dans le corps des administrateurs de l'Etat, ils peuvent demander à être intégrés dans le corps des administrateurs de l'Etat.

A titre d'exemples, peuvent être concernés :

- Les membres du corps des attachés d'administration de l'Etat, des inspecteurs des affaires sanitaires et sociales ou des inspecteurs du travail, qui depuis au moins 5 ans ont occupé un emploi fonctionnel de directeur de l'administration territoriale de l'Etat tels que ceux de directeur régional de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités, ou de directeur régional adjoint ou de directeur régional délégué de groupe IV ou V et qui à l'issue de ces fonctions, ont demandé à être détachés dans le corps des administrateurs de l'Etat pour exercer des responsabilités dévolues à un cadre supérieur.

L'exigence réglementaire d'avoir été détaché deux ans dans le corps des administrateurs de l'Etat préalablement à la demande d'intégration, conduit de fait à pouvoir remplir cette condition au plus tôt en 2025.

Les services accomplis en détachement dans le corps des administrateurs de l'Etat sont assimilés à des services effectifs dans le corps des administrateurs de l'Etat lors de leur intégration.

I - 2. Le dispositif d'évaluation réalisée dans les conditions prévues à l'article L. 412-2 du CGFP

Le dispositif d'évaluation vise en particulier l'attractivité des carrières des cadres supérieurs et à répondre à la fois aux besoins de l'État et aux aspirations des cadres supérieurs en termes de développement et de valorisation de leurs compétences et de leur investissement professionnel.

Le dispositif d'évaluation constitue au-delà des conditions statutaires et fonctionnelles requises précitées, un préalable à l'intégration dans le corps, sans pour autant lier la décision de l'autorité de recrutement et d'emploi. Cette évaluation s'effectue dans le cadre d'un process RH dédié et de l'examen du parcours par une instance collégiale ministérielle (art. 1^{er} du décret n° 2022-720 du 27 avril 2022).

A cette fin, un comité d'évaluation a été créé au sein du ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion, du ministère de la santé et de la prévention et du ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, par arrêté du 19 mai 2023¹, dénommé « comité parcours et carrière ».

Dans le cadre de l'évaluation préalable à l'intégration dans le corps des administrateurs de l'Etat, le comité apprécie la qualité des pratiques professionnelles et réalisations ainsi que les perspectives de carrière de l'agent au sein des ministères chargés des affaires sociales et a pour vocation d'émettre des recommandations en termes de parcours. En ce qui concerne les demandes d'intégration, il porte une appréciation sur sa poursuite dans le corps des administrateurs de l'Etat.

Un cadre interministériel harmonisé de l'évaluation a été élaboré par la DIESE² et sera mobilisé par l'ensemble des départements ministériels.

¹ Arrêté du 19 mai 2023 portant création d'un comité d'évaluation au sein du ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion, du ministère de la santé et de la prévention, du ministère des solidarités de l'autonomie et des personnes handicapées.

² La délégation interministérielle à l'encadrement supérieur de l'Etat.

Tout candidat à l'intégration dont le dossier aura été considéré au préalable recevable, bénéficiera de ce dispositif d'évaluation prévu par le Décret du 27 avril 2022 et dont le pilotage relève pour les ministères chargés des affaires sociales de la DESD³.

Les conclusions de l'évaluation, telles que ressortant de l'avis du comité Parcours et carrière, seront prises en compte par la DRH, le Pôle Travail Solidarité du Secrétariat général et la DESD avant d'être soumises au secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales pour l'établissement de la liste des candidats retenus pour une proposition à l'intégration dans le corps des AE.

Toute question relative à la mise en place du dispositif d'évaluation aux fins d'intégration peut être adressée sur la boîte fonctionnelle de la DESD : desd@sg.social.gouv.fr

II / Le calendrier de la campagne d'intégration 2023

Pour permettre la phase d'examen des conditions de recevabilité des candidatures par la Direction des ressources humaines (DRH), les candidats doivent adresser leur demande d'intégration accompagnée des pièces justificatives exigées **au plus tard le lundi 31 juillet 2023**.

Les premières évaluations approfondies des réalisations et des compétences opérées par la DESD seront engagées à partir du mois de juillet 2023. Elles prioriseront les demandes d'intégration dans le corps des administrateurs de l'Etat déposées et ayant satisfait à l'examen de recevabilité par la DRH. Les agents concernés seront à ce titre contactés par la DESD afin d'engager le process d'évaluation.

III/ La constitution du dossier de demande d'intégration

La campagne d'intégration 2023 donne lieu à un examen des demandes d'intégration dans le corps des administrateurs de l'Etat par la Direction des ressources humaines (DRH) en lien avec la DESD, et le Pôle Travail Solidarité du Secrétariat général pour les cadres dirigeants des services déconcentrés.

La DRH (bureau de l'encadrement supérieur) est chargée de recueillir les demandes d'intégration et d'en vérifier la recevabilité.

Toute demande d'intégration dans le corps des administrateurs de l'Etat doit être envoyée à l'adresse fonctionnelle suivante : drh-stngp-ES-EncadrementSuperieur@sg.social.gouv.fr

Le dossier doit comporter pour permettre l'examen de la recevabilité de la demande d'intégration :

- Un curriculum vitae ;
- Les arrêtés de nomination dans le ou les emplois fonctionnels des services de l'Etat ou de ses établissements publics (emplois à la décision du Gouvernement, chef de service ou sous-directeur, expert de haut niveau ou directeur de projet, emplois de direction de l'administration territoriale de l'État classés ainsi que dans d'autres emplois de niveau équivalent) ;
- Les trois derniers comptes-rendus d'évaluation professionnelle annuelle.

Dans un second temps, pour finaliser l'instruction de la demande d'intégration dans le corps, le candidat devra compléter son dossier avec les pièces justificatives suivantes :

- Une lettre de motivation ;
- Un état de service établi par le service RH du corps d'origine ;
- Le dernier arrêté de situation administrative dans le corps d'origine et dans l'emploi occupé.

³ La délégation à l'encadrement supérieur et dirigeant des ministères sociaux placée auprès du secrétariat général.

Le rapport du comité « parcours et carrière » reprenant les préconisations formulées dans le cadre de l'évaluation préalable à l'intégration dans le corps des administrateurs de l'Etat est quant à lui transmis par la DESD à la DRH.

Un accusé de réception de la demande initiale sera adressé à chaque candidat à l'intégration.

L'ensemble des dossiers complets feront l'objet d'un examen par la DRH, le Pôle Travail Solidarité du Secrétariat général et la DESD avant d'être soumis au secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales pour l'établissement de liste des candidats à l'intégration proposés.

En conclusion, cette note d'information constitue également une opportunité pour promouvoir au titre de ce dispositif d'intégration, à compétences égales, la diversité des profils.

Je vous remercie de votre implication personnelle dans la bonne réalisation de cette première campagne d'intégration dans le corps des administrateurs de l'Etat au sein de nos ministères.

Je vous saurais gré de bien vouloir assurer une large diffusion de cette note d'information auprès de vos services et des opérateurs dont vous assurez la tutelle et d'informer la DRH des ministères chargés des affaires sociales de toute éventuelle difficulté quant à son application.

Pour les ministres et par délégation :
La directrice des ressources humaines,

Signé

Caroline GARDETTE-HUMEZ



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

NOTE D'INFORMATION N° DGOS/PF4/2023/102 du 29 juin 2023 relative aux programmes de recherche sur les soins et l'offre de soins pour l'année 2023

Le ministre de la santé et de la prévention

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SPRH2317064N (numéro interne : 2023/102)
Date de signature	29/06/2023
Emetteur	Ministère de la santé et de la prévention Direction générale de l'offre de soins
Objet	Programmes de recherche sur les soins et l'offre de soins pour l'année 2023
Contact utile	Sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins Bureau Innovation et recherche clinique (PF4) Albane MIRON DE L'ESPINAY Tél. : 01 40 56 65 20 Mél. : albane.mirondelespinay@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	8 pages et 7 annexes (21 pages) Annexe I : <i>Continuum</i> de la recherche en santé Annexe II : Format de lettre d'intention disponible sur la plateforme Innovarc-3 Annexe III : Programme de recherche translationnelle (PRT) Annexe IV : Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) Annexe V : Programme de recherche médico-économique (PRME) Annexe VI : Programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS) Annexe VII : Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP)
Résumé	La présente note lance la campagne 2023 des appels à projets de recherche sur les soins et l'offre de soins. Ces appels à projets s'inscrivent dans les cinq programmes ministériels de recherche appliquée en santé couvrant les champs de la recherche translationnelle, clinique, médico-économique, organisationnelle et paramédicale. Les projets de recherche sélectionnés dans ce cadre ont pour objectif l'amélioration des prises en charge des patients et celle de la performance du système des soins.

Mention Outre-mer	Le texte s'applique en l'état aux Outre-mer, à l'exception de la Nouvelle-Calédonie, de la Polynésie française, de Saint-Pierre-et-Miquelon, des Terres australes et antarctiques françaises et des îles de Wallis-et-Futuna.
Mots-clés	PRT – PHRC – PRME – PREPS – PHRIP – recherche appliquée en santé – recherche translationnelle – recherche clinique – recherche médico-économique – recherche organisationnelle – recherche paramédicale – innovation en santé – parcours de santé – performance du système de soins – santé mentale ou psychiatrie – pédopsychiatrie – préventions en santé.
Classement thématique	Établissements de santé
Texte de référence	Néant
Rediffusion locale	Les établissements de santé, les groupements de coopération sanitaire, les maisons de santé et les centres de santé doivent être destinataires de cette note.
Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP du 23 juin 2023 - N° 48	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

L'introduction puis l'utilisation de technologies de santé¹ innovantes et pertinentes, favorables au suivi et à la prise en charge des patients dans leur parcours de santé, sont le résultat de recherches s'inscrivant dans un *continuum* structuré (cf. annexe I). Les cinq programmes ministériels de recherche appliquée en santé s'inscrivent dans la partie aval de ce *continuum* et couvrent la recherche appliquée aux soins et à l'offre de soins. Ils visent des projets de recherche dont le niveau de maturité technologique, ou TRL pour *Technology Readiness Level*², est compris entre les niveaux 4C et 9, inclus.

Ces projets de recherche concourent à la fois (i) au développement de technologies de santé nouvelles et innovantes, (ii) à l'interrogation de la pertinence de celles déjà mises en œuvre, notamment concernant leur efficacité ou leur efficience et (iii) à l'optimisation de l'organisation des soins et des parcours de santé.

Programmes de recherche ministériels et appels à projets correspondants

La recherche translationnelle évalue la transposabilité en recherche clinique d'un concept innovant identifié lors d'une recherche fondamentale et cognitive ou interroge un tel concept identifié, par exemple par sérendipité, en recherche clinique : elle définit le champ du programme de recherche translationnelle (PRT, cf. annexe III).

¹ Technologie de santé : intervention pouvant servir à la promotion de la santé, à la prévention, au diagnostic ou au traitement d'une maladie aiguë ou chronique, ou encore à des fins de réadaptation. Les technologies de la santé comprennent les produits pharmaceutiques, les dispositifs, les interventions et les systèmes organisationnels utilisés dans les soins de santé. cf. <http://www.inahta.org/>.

² <https://www.medicalcountermeasures.gov/tri/integrated-tris/>.

La recherche clinique évalue l'efficacité, la sécurité, la tolérance et la faisabilité des technologies de santé : elle définit le champ du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC, cf. annexe IV).

La recherche médico-économique évalue l'efficacité des technologies de santé innovantes ou des parcours de santé : elle définit le champ du programme de recherche médico-économique (PRME, cf. annexe V).

La recherche organisationnelle évalue l'efficacité des offreurs de soins et des dispositifs destinés à améliorer la qualité des soins et des pratiques : elle définit le champ du programme de recherche sur la performance du système des soins (PREPS, cf. annexe VI).

La recherche sur les pratiques et les organisations de soins mises en œuvre par les auxiliaires médicaux évalue leur sécurité, leur efficacité et leur efficacité : elle définit le champ du programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP, cf. annexe VII).

Chaque programme de recherche se décline en un ou plusieurs appels à projets :

- Programme de recherche translationnelle en santé, PRT-S ;
- Programme de recherche translationnelle en oncologie, PRT-K ;
- Programme hospitalier de recherche clinique national, PHRC-N ;
- Programme hospitalier de recherche clinique national en oncologie, PHRC-K ;
- Programme hospitalier de recherche clinique inter-régional, PHRC-I ;
- Programme de recherche médico-économique, y compris en oncologie, PRME ;
- Programme de recherche sur la performance du système des soins, PREPS ;
- Programme de recherche infirmière et paramédicale, PHRIP.

La présente note précise la complémentarité de ces huit appels à projets pour faciliter l'orientation des candidats.

Le champ de ces appels à projets est précisé dans les annexes associées. Les projets de recherche dont le seul but vise à la constitution ou à l'entretien de cohortes ou de collections biologiques ne sont éligibles à aucun d'entre eux.

Priorités thématiques

L'ensemble des thématiques ou problématiques de santé que les porteurs souhaiteraient soumettre à candidature sont éligibles et bienvenues. En cela, les appels à projets de la présente note sont dits « blancs ».

Cependant, la prévention et la promotion de la santé, tout au long de la vie et dans tous les milieux, constituent des enjeux majeurs, exposés et détaillés dans la stratégie nationale de santé ([La stratégie nationale de santé 2018-2022 - Ministère de la santé et de la prévention \[sante.gouv.fr\]](https://www.solidarite-sante.gouv.fr/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022)). Pour cette raison, trois thématiques sont considérées dans l'ensemble des appels à projets constitutifs de cette note d'information comme prioritaires. Les projets portant sur la recherche en santé mentale et en psychiatrie, sur les différents types de prévention en santé ainsi que ceux portant sur la pédiatrie et la santé de l'enfant (qui constituent cette année une nouvelle priorité thématique) – intégrant la pédopsychiatrie – sont particulièrement attendus. Ces projets feront l'objet à ce titre d'une attention particulière, thématique par thématique, dans le cadre du PHRC-N, du PHRC-I, du PREPS, du PRME et du PHRIP.

La recherche en soins primaires³ qui constituait également une priorité de ces appels à projets, est désormais traitée de façon *ad hoc* dans un appel à projets dédié depuis 2021. La recherche dans le domaine des maladies infectieuses émergentes fait également l'objet d'un traitement *ad hoc* dans un appel à projets dédié depuis 2022.

Les projets s'inscrivant dans une priorité ou un plan de santé publique gouvernemental pourront par ailleurs faire l'objet d'une attention particulière.

Mise en œuvre des appels à projets

Quatre des huit appels à projets ministériels concernés par cette note d'information sont partenariaux. La gestion des deux appels à projets en cancérologie (PRT-K et PHRC-K) est déléguée à l'Institut national du cancer (INCa), celle du PRT-S à l'Agence nationale de la recherche (ANR) et celle du PHRC-I aux groupements interrégionaux pour la recherche clinique et l'innovation (GIRCI). Pour ces appels à projets partenariaux, les projets retenus sont ensuite validés par le ministère chargé de la santé sous réserve de leur conformité aux orientations définies dans la présente note.

Le calendrier et les modalités de sélection de ces appels à projets partenariaux sont disponibles, respectivement, sur les sites de l'INCa (<http://www.e-cancer.fr>), de l'ANR (<http://www.agence-nationale-recherche.fr>) et sur ceux des GIRCI, ainsi que sur celui du ministère ([Appels à projets - Ministère de la santé et de la prévention \[sante.gouv.fr\]](http://sante.gouv.fr)).

Procédure de sélection des projets candidats

La modalité de sélection des projets en deux étapes s'applique à tous les appels à projets visés par la présente note.

Étape 1 : présélection, à l'exception du PRT, les candidats soumettent des lettres d'intention selon le modèle présenté en annexe II ;

Étape 2 : sélection, les candidats dont la lettre d'intention a été retenue lors de l'étape 1 soumettent un dossier complet comprenant leur projet. En fonction du type de plan expérimental choisi, ils pourront trouver des recommandations relatives à cette présentation sur le site Equator (<http://www.equator-network.org/>).

Les lettres d'intention soumises dans le cadre du PRME et du PREPS sont examinées lors de l'étape de présélection par un jury indépendant constitué de représentants des institutions publiques, dont le mandat est de juger de l'utilité et de la pertinence des questions soumises au regard des objectifs des politiques publiques et de l'aide à la décision.

Dans le cadre de la campagne 2023, des membres du jury de sélection (étape 2) pourront être associés à l'expertise de présélection (étape 1) selon des modalités à préciser.

³ Les soins primaires englobent les notions de premier recours, d'accessibilité, de coordination, de continuité et de permanence des soins. Les soins primaires constituent la porte d'entrée dans le système qui fournit des soins de proximité, intégrés, continus, accessibles à toute la population, et qui coordonne et intègre des services nécessaires à d'autres niveaux de soins. S'ils sont le premier contact des patients avec le système de soins, les soins primaires sont également structurants pour la suite du parcours du patient au sein du système de santé.

Les jurys de présélection des PRT, PHRC et PHRIP, ainsi que les jurys de sélection de l'ensemble des appels à projets de tous les programmes, suivent les principes de l'évaluation par les pairs.

Ces procédures sont précisées sur le site internet du ministère chargé de la santé : [Les programmes financés par le ministère et leurs appels à projets - Ministère de la santé et de la prévention \(sante.gouv.fr\)](#).

Les lettres d'intention des PHRC-N, PHRIP, PREPS et PRME doivent être déposées sur la plateforme INNOVARC ([Le dépôt des projets : Innovarc 3 - Ministère de la santé et de la prévention \[sante.gouv.fr\]](#)) avant le :

5 octobre 2023 à 23h55

Pour toute question technique concernant le dépôt des dossiers au PHRC-N, au PHRIP, au PREPS ou au PRME, un formulaire de contact est à votre disposition sur la plateforme.

Ces modalités de soumission homogènes permettent, le cas échéant, un reclassement des lettres d'intention d'un appel à projets à l'autre, sans perte de temps pour les équipes candidates.

Conditions particulières d'éligibilité

Un projet antérieurement financé dans le cadre d'un des appels à projets visés par la présente note ne peut pas faire l'objet d'une nouvelle demande de financement.

Une étude ancillaire à un projet déjà financé dans le cadre d'un des programmes de recherche visés par la présente note ou soumise à un des appels à projets est recevable à la condition expresse qu'elle fasse l'objet d'une soumission indépendante du projet de recherche principal.

Une même lettre d'intention ne peut pas être soumise la même année à plusieurs appels à projets visés par la présente note.

Ouverture au financement des projets européens

Les projets d'envergure internationale sont bienvenus. Dans ce cadre, l'expérience de l'investigateur coordonnateur concernant la conduite de recherches multicentriques sera d'autant plus prise en compte. Dans le cas des projets internationaux, qui doivent être portés en totalité ou en partie par un investigateur coordonnateur français, les programmes de recherche pourront financer la partie française ainsi que les missions d'organisation, de surveillance et de coordination de la partie européenne du projet mais, le cas échéant, ne financeront aucune dépense hors Europe.

Suscitation

La présente note pourra être complétée au cours de l'année par des instructions dédiées, proposant des appels à projets ponctuels, dont l'objectif est de susciter des protocoles de recherche qui apportent une réponse à des questions spécifiques des pouvoirs publics en matière de soins et d'offre de soins.

Dépôt et portage des projets

Le dépôt et le portage d'un projet associent systématiquement, d'une part, un porteur individuel et, d'autre part, un établissement de santé⁴, un groupement de coopération sanitaire (GCS)⁵, une maison de santé⁶ ou un centre de santé⁷, coordonnateur du projet et gestionnaire de son financement.

Tout personnel appartenant à une des structures de soins énumérées ci-dessus peut porter un projet, sous réserve de l'engagement du responsable légal de cette structure.

Tout personnel appartenant à une des structures de soins énumérées ci-dessus peut solliciter une autre structure pour porter un projet, sous réserve de l'engagement conjoint des responsables légaux de la structure à laquelle il appartient et de la structure sollicitée.

Le portage d'un projet par un professionnel de santé libéral est possible, sous réserve (i) de conventionner avec un établissement de santé, un GCS, une maison de santé ou un centre de santé coordonnateur pour la gestion des fonds qui seraient alloués au projet et (ii) du respect des règles relatives à la promotion de la recherche et à la gestion de son financement.

Financement des projets et gestion des fonds

Une grille budgétaire détaillant les financements nécessaires à la mise en œuvre du projet de recherche est exigée lors du dépôt des dossiers complets. Ce modèle et d'autres outils sont disponibles sur le site du ministère chargé de la santé : [Le dépôt des projets : Innovarc 3 - Ministère de la santé et de la prévention \(sante.gouv.fr\)](#).

Les financements des projets sont alloués à la structure gestionnaire des fonds dans le cadre des circulaires budgétaires des établissements de santé ou dans celui des circulaires relatives au Fonds d'intervention régional (FIR) pour les structures d'exercice coordonné (maisons de santé et centres de santé). Dans tous les cas, ils sont ensuite notifiés à la structure gestionnaire des fonds par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) compétente.

Les crédits délégués sont destinés à l'usage exclusif de la structure gestionnaire des fonds. Le reversement de tout ou partie de ces crédits à d'autres personnes morales ou physiques n'est donc pas autorisé, sauf (i) lorsque des crédits sont reversés à des réseaux d'investigateurs pour la mise en œuvre de missions d'investigations ou (ii) dans le cas où le prestataire ainsi sollicité met en œuvre des compétences que la structure gestionnaire des fonds ne possède pas. Dans ce cas :

- le reversement des crédits est motivé dans le dossier complet ;
- les tâches faisant l'objet de la prestation sont précisément décrites dans le dossier complet, notamment dans la grille budgétaire ;
- le respect strict des règles d'achat applicables au gestionnaire des fonds est observé.

⁴ définis aux articles L. 6111-1 et suivants, L. 6141-1 et suivants et L. 6161-1 et suivants du Code de la santé publique.

⁵ définis aux articles L. 6133-1 à -8 du Code de la santé publique.

⁶ définies à l'article L. 6323-3 du Code de la santé publique.

⁷ définis à l'article L. 6323-1 du Code de la santé publique.

L'association d'une personne morale ou physique à la conception et/ou à la réalisation d'un projet à titre non onéreux peut donner lieu à une valorisation en termes de publication ou de partage des droits de propriété intellectuelle. Dans cette hypothèse, les termes de l'accord portant sur la valorisation sont convenus entre le porteur de projet et le(s) partenaire(s) et doivent être indiqués dans le dossier complet.

Promotion d'un projet de recherche

Dans le cas des recherches impliquant la personne humaine définies à l'article L. 1121-1 du Code de la santé publique, il appartient aux établissements de santé, aux groupements de coopération sanitaire (GCS), aux maisons de santé ou aux centres de santé d'assurer la promotion d'un projet retenu au titre des appels à projets faisant l'objet de la présente note.

Modalités de suivi administratif et financier des projets de recherche

Le suivi des projets retenus s'appuie sur un découpage en phases de leur déroulement et conditionne leur financement, adapté à l'avancement de la recherche. La délégation de la tranche de financement pour la réalisation de la phase *N+1* est ainsi fondée sur la production des éléments attestant la finalisation de la phase *N*. Ces modalités sont précisées sur le site internet du ministère chargé de la santé : [Les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation - \(...\) - Ministère de la santé et de la prévention \(sante.gouv.fr\)](https://www.solidarites-sante.gouv.fr/les-missions-d-enseignement-de-recherche-de-referance-et-d-innovation-...).

Les dossiers complets doivent contenir une annexe indépendante précisant le planning prévisionnel des phases.

Le suivi des projets PHRC-N, PHRC-I, PRME, PREPS et PHRIIP est effectué par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), le suivi des PRT-K et PHRC-K par l'INCa et celui du PRT-S par l'ANR.

Pour demeurer éligibles au financement accordé, les projets retenus doivent obligatoirement être inscrits sur le site *ClinicalTrials.gov* ou sur un registre compatible⁸. Les données de ce registre devront être tenues à jour.

Le financement du projet peut être maintenu en cas de modifications du protocole initialement financé, sous réserve que ce protocole modifié permette de répondre à la question initialement posée. Ces modifications doivent être justifiées au plan scientifique, ne doivent pas entraîner une diminution du niveau de preuve de la réponse obtenue par rapport à celui escompté initialement et peuvent, le cas échéant, entraîner une diminution du budget initial du projet.

Gouvernance et suivi scientifiques des projets de recherche

Il est créé un comité scientifique de suivi des projets issus des programmes de recherche ministériels, composé de pairs. Ce comité a pour mission d'aider, au plan scientifique, à l'instruction de toute question relative au suivi des projets financés.

⁸ <https://www.who.int/clinical-trials-registry-platform/network/primary-registries>.

Important : le registre choisi devra comporter une fonction de suivi, ou *audit trail*, publique, des données modifiées.

Publications et communications

Les publications résultant des projets financés dans le cadre des appels à projets faisant l'objet de la présente note doivent clairement identifier l'établissement de santé, le GCS, la maison de santé ou le centre de santé coordonnateur et doivent obligatoirement porter la mention : « *This study was supported by a grant from the French Ministry of Health (acronyme du programme, année du programme, n° d'enregistrement : exemple PHRC 2023 XXXX ou PREPS 2023 XXXX ou PRTS 2023, ...)* ». De plus, toute action de communication faisant référence à un projet financé dans le cadre des appels à projets faisant l'objet de la présente note doit mentionner le nom du programme ainsi que le soutien du ministère chargé de la santé.

S'agissant de projets financés par des dotations d'État, les publications devront respecter les dispositions encourageant la science ouverte prévues par l'article 30 de la Loi du 7 octobre 2016 pour une République numérique⁹.

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

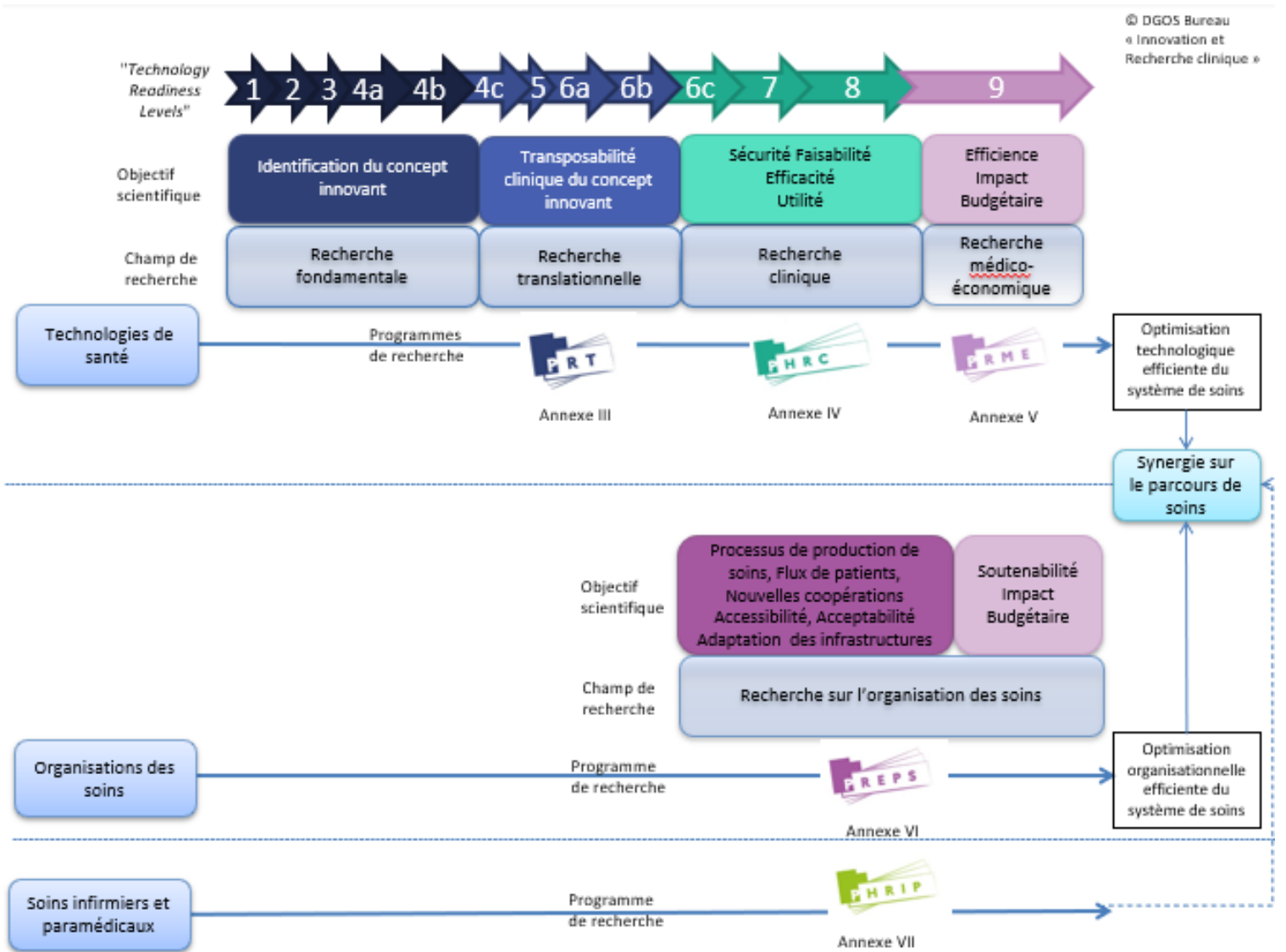
A stylized signature in black ink, appearing to read 'Signé', is placed within a white rectangular box.

Marie DAUDÉ

⁹ [Article 30 - Loi n° 2016-1321 du 7 octobre 2016 pour une République numérique \(1\) - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

Annexe I

Continuum de la recherche en santé



Annexe II

Format de lettre d'intention disponible sur la plateforme Innovarc-3

La lettre d'intention est rédigée en français, sauf pour le PHRC-N et le PHRC-K qui exigent une rédaction en anglais.

Une exception est faite pour l'onglet 0 « résumé public du projet » pour lequel le même résumé doit être soumis en français et en anglais pour tous les programmes.

ONGLET 0. Résumé du projet

Fournir un résumé du projet en français et en anglais. Chaque résumé ne devra pas excéder 2000 caractères et devra être structuré de la manière suivante : contexte, objectifs, méthodes, perspectives. Celui-ci pourra être rendu public par la DGOS si le projet est retenu pour financement à des fins de communication et de valorisation.

0.1 Résumé en français *Texte (max. 2000 caractères).*

0.2 Résumé en anglais *Texte (max. 2000 caractères).*

ONGLET 1. Porteur de projet / Project coordinator

1.1.1 Civilité / *Civility** : *Liste simple (Mme ou M.).*

1.1.2 Nom / *Last Name** : *Texte.*

1.1.3 Prénom / *First name** : *Texte.*

1.1.4 Ville / *City** : *Texte.*

1.1.5 Courriel / *Email** : *Texte.*

1.2.1 Profession du porteur de projet / *Profession** : *Texte.*

1.2.2 Si 'Autre' préciser laquelle / *If 'other', please specify which one* : *Texte (max. 80 caractères).*

1.2.3 Domaine / *Domain** : *Liste simple.*

1.2.4 Spécialité / *Speciality** : *Texte.*

1.3.1 Financements antérieurs obtenus par le porteur de projet dans le cadre des appels à projet de la DGOS ? (PHRC national, régionaux, inter régionaux, PRT, PRT K, PRC, STIC, PREQHOS, PREPS, PHRIP, PRME) / *Previous funding obtained by the project leader for institutional projects (PHRC national, regional, inter regional, PRT, PRT K, PRC, STIC, PREQHOS, PREPS, PHRIP, PRME)** : *Choix simple (Oui ; Non).*

1.3.2 Si oui, préciser (année de soumission, type d'appel à projets, investigateur-coordonateur, n°, état d'avancement : en instruction, mis en œuvre, en cours, phase d'analyse, publication princeps, abandonné) / *If yes, please specify (year of submission, type of call for proposals, coordinator, number, progress: in instruction, implemented, in progress, analysis phase, original publication, terminated)* : *Texte (max. 500 caractères).*

ONGLET 2. Structures / Organizations

2.1 Établissement de santé ou GCS coordonnateur gestionnaire des fonds / *Affiliated institution responsible for the budget from the ministry of health** : *Structure de soins (autocomplétion veuillez rentrer au moins 5 caractères pour lancer la recherche).*

2.2 Nom du correspondant gestionnaire financier / *Financial manager* : *Liste simple (choix proposés si déclaré.s, en fonction de la structure de soins).*

2.3 Structure responsable de la gestion de projet / *Organization responsible for project management** : *Texte (max. 420 caractères).*

2.4 Structure responsable de l'assurance qualité / *Organization responsible for quality insurance** : *Texte (max. 420 caractères).*

2.5 Structure responsable de la gestion de données et des statistiques / *Organization responsible for data management and statistics** : *Texte (max. 420 caractères).*

2.6 **NC** : Nombre prévisionnel de centres d'inclusion / *Planned number of recruiting centres (NC)** : *Nombre.*

ONGLET 3. Projet de recherche / Research project

3.01.1 Titre du projet FR / *Project title FR** : *Texte (max. 2000 caractères).*

3.01.2 Titre du projet UK / *Project title EN** : *Texte (max. 2000 caractères).*

3.01.3 Acronyme (sans espace) / *Acronym (w/o space)** : *Texte (max. 15 caractères).*

3.02.1 Première soumission de ce projet à un appel à projet DGOS / *First submission to DGOS calls for proposals** : *Choix simple (Oui ; Non).*

3.02.2 Si non, préciser (année, programme (et GIRCI concerné si PHRC-I ou Respir), numéro, Acronyme, Porteur, et si non retenu au stade de la lettre d'intention ou du dossier complet) / *If non, please specify (edition, program (and GIRCI if PHRC-I or Respir), number, Acronym, coordinator)* : *Texte (max. 500 caractères). Exemple : 2021, PHRC-I GIRCI IDF, AOR23, OSCARON, Dr Alexandre Chercheur, lettre d'intention non retenue.*

3.02.3 Les modalités de soumission des lettres d'intention sont homogènes et permettent, le cas échéant, un reclassement des lettres d'intention d'un appel à projets à l'autre, sans perte de temps pour les équipes candidates. Acceptez-vous un éventuel reclassement par les jurys ? / *The methods of submitting letters of intent are uniform and, if necessary, which allows a transfer towards another call for proposals, without time loss for the applicants. Would you be willing to a possible transfer by the juries?** : *Choix simple (Oui ; Non).*

3.03 Domaine du projet de recherche / Field of study

3.03.1 Le projet concerne-t-il le domaine de l'oncologie ? / *Does the project concern the field of oncology ?** : *Choix simple (Oui ; Non).*

3.03.2.1 Le projet concerne-t-il une maladie rare ? / *Does the project concern a rare disease ?** : *Choix simple (Oui ; Non).*

3.03.2.2 Si oui, préciser son code ORPHA / *If yes, please specify the ORPHA number* : *Texte (max. 6 caractères).*

3.03.2.3 et le nom de la maladie rare / *If yes, specify the rare disease name* : *Texte (max. 100 caractères).*

3.03.3 Discipline principale / **Main*** : Liste simple.

3.03.4 Discipline secondaire / **Secondary** : Liste simple.

3.03.5 Discipline libre / **Other** : Texte.

3.03.6 Mots clés libres / **Free keywords** : Texte.

3.04.1 Priorité(s) thématique(s) / **Thematic priority(ies)*** : Choix simple (Santé mentale ou psychiatrie ; Pédiopsychiatrie ; Préventions en santé ; Autre).

3.04.2 Plan de santé publique / **Public Health plan*** : Liste simple.

3.05 Âges concernés de la population cible / **Ages of studied population*** : Liste simple (Tous les âges ; Adulte ; Adulte et gériatrie ; Pédiatrie ; Pédiatrie et adulte ; Gériatrie).

3.06 Chirurgie / **Surgery*** : Choix simple (Oui ; Non).

3.07 Rationnel (contexte et hypothèses) / **Rational (context and hypothesis)*** : Texte (max. 2240 caractères).

3.08 Originalité et caractère Innovant / **Originality and innovative aspects*** : Texte (max. 1120 caractères).

3.09 Description des bénéfices attendus pour les patients et / ou pour la santé publique / **Expected benefit for patients or public health*** : Texte (max. 2240 caractères).

3.10 Objet de la recherche / Focus of research

3.10.1 Technologie de santé / **Health technology*** : Choix simple (Dispositif médical ; Médicament ; Acte RIHN ; Organisation du système de soins ; Autre).

3.10.2 Préciser lequel ou lesquels / **please specify which one(s)*** : Texte (max. 310 caractères).

3.10.3 Dispositif médical : le cas échéant, date de marquage CE (JJ/MM/AAAA) / **Date of CE marking** : Texte (max. 10 caractères).

3.10.4 Médicament : le cas échéant, date d'AMM (JJ/MM/AAAA) / **Date of market authorization** : Texte (max. 10 caractères).

3.10.5 RIHN : le cas échéant, code acte et libellé / **RIHN (uncovered innovative procedures list) : number and name**¹ : Texte (max. 100 caractères).

3.11 Phase ou équivalent pour les dispositifs médicaux / **Phase or equivalent for medical devices*** : Choix simple (I / Pilote ; I / II ; II / Feasibility ; III / Pivotal ; IV ; Non Applicable (Justifier/Justify).

3.11.1 Si Non applicable, justifier votre choix / **If Not applicable, justify your choice**: Texte (max. 450 caractères).

3.12 **TRL** : Niveau de maturité de la technologie de santé / **Technology readiness level*** : Choix simple (1 ; 2 ; 3A ; 3B ; 3C ; 4A ; 4B ; 4C ; 5A ; 5B ; 6A ; 6B ; 6C ; 7A ; 7B ; 8A ; 8B ; 8C ; 9A ; 9B).

¹ [Le référentiel des actes innovants hors nomenclature de biologie et d'anatomopathologie \(RIHN\) - Ministère de la santé et de la prévention \(sante.gouv.fr\)](https://www.sante.gouv.fr/le-referentiel-des-actes-innovants-hors-nomenclature-de-biologie-et-d-anatomopathologie-rihn)

3.13.1.1 Type d'objectif principal (1) / *Main objective (1)** : Liste simple (Description d'hypothèses ; Faisabilité ; Tolérance ; Efficacité ; Sécurité ; Efficience ; Impact budgétaire ; Organisation de l'offre de soins ; Autre).

3.13.1.2 Type d'objectif principal (2) / *Main objective (2)** : Liste simple.

3.13.2 Description de l'objectif principal / *Main objective description** : Texte (max. 340 caractères).

3.13.3 Description des objectifs secondaires / *Secondary objectives description** : Texte (max. 1120 caractères).

3.14 Critères d'évaluation / *End points*

3.14.1 Critère d'évaluation principal (en lien avec l'objectif principal) / *Primary end point (linked to main objective)** : Texte (max. 340 caractères).

3.14.2 Critères d'évaluation secondaires (en lien avec les objectifs secondaires) / *Secondary end points (linked to secondary objectives)** : Texte (max. 1120 caractères).

3.15 Population de l'étude / *Study population*

3.15.1 Principaux critères d'inclusion / *Main inclusion criteria** : Texte (max. 560 caractères).

3.15.2 Principaux critères de non inclusion / *Main exclusion criteria** : Texte (max. 560 caractères).

ONGLET 4. Méthodologie et inclusions / Methodology and Inclusions

4.1 Méthodologiste / Methodologist

4.1.1 Civilité / *Civility** : Liste simple (Mme ou M.).

4.1.2 Nom / *Last name** : Texte.

4.1.3 Prénom / *First name** : Texte.

4.1.4 Ville / *City** : Texte.

4.1.5 Tél. / *Phone number* : Téléphone.

4.1.6 Courriel / *Email** : Texte.

4.2 Méthodologie du projet / Methodology

4.2.1 Plan expérimental / *Experimental design** : Liste simple.

4.2.2 Si 'Autre plan expérimental' préciser quel type / *If 'other', please specify* : Texte (max. 3200 caractères).

4.2.3 Description du plan expérimental / *Experimental design description** : Texte (max. 2240 caractères).

4.2.4 Si groupe comparateur : description du groupe expérimental / *Experimental group description** : Texte (max. 340 caractères).

4.2.5 Si groupe comparateur : description du groupe contrôle / *Control group description** : Texte (max. 340 caractères).

4.3 Inclusions / Enrollment

4.3.1 Le projet comporte-t-il des inclusions de sujets (ou autres participations) ? / *Does the project include enrollment or participation ?** : Choix simple (Oui ; Non).

4.3.2.1 Durée de la participation de chaque sujet ou participant (durée) / *Duration of participation (duration)* : Nombre.

4.3.2.2 Durée de la participation de chaque sujet ou participant (unité de temps) / *Duration of participation (unit of duration)* : Liste simple (Jour(s) ; Mois ; Année(s)).

4.3.3 **DUR**: Durée prévisionnelle de recrutement (en mois) / *Anticipated duration of recruitment (DUR) (in month)* : Nombre.

4.3.4 **NP**: Nombre de sujets ou observations prévu.e.s à recruter / *Total number of scheduled participants to be recruited or observations to be collected (NP)* : Nombre.

4.3.5 Justification de la taille de l'échantillon / *Sample size justification* : Texte (max. 2000 caractères).

4.3.6 Nombre de sujets ou observations prévu(e)s à recruter / mois / centre ((NP / DUR) / NC) : Valeur calculée (cf. document liste des centres coinvestigateurs) / *Number of participants to be recruited or observations to be collected per month per centre ((NP / DUR) / NC) (cf. sub-investigators centers file)* : Nombre.

4.3.7 (NP / DUR) / NC) : Justification si le chiffre est supérieur à 2 / *If more than 2, please justified* : Texte (max. 2000 caractères).

ONGLET 5. Médico-Economie / Health-economics

5.1 Économiste de la santé / Health economist

5.1.1 Un économiste de la santé participe-t-il au projet ? (obligatoire pour le PRME) / *Is a health economist involved in the project? (mandatory for PRME)** : Choix simple (Oui ; Non).

5.1.2 Civilité / *Civility* : Liste simple (Mme ou M.).

5.1.3 Nom / *Last name* : Texte.

5.1.4 Prénom / *First name* : Texte.

5.1.5 Ville / *City* : Texte.

5.1.6 Tél. / *Phone number* : Téléphone.

5.1.7 Courriel / *Email* : Texte.

5.2. Analyse médico-économique / Health economic analyse

5.2.1 Méthode d'analyse médico-économique / *Medico-economic analysis method* : Choix multiple (Analyse coût-utilité (ACU); Analyse coût-efficacité (ACE); Analyse coût-bénéfices (ACB); Analyse d'impact budgétaire (AIB); Analyse de minimisation de coûts; Analyse coût-conséquence (ACC); Analyse coût de la maladie; Autre:).

5.2.2 Description de l'analyse médico-économique / *Health economic analyse description* : Texte (max. 2240 caractères).

5.2.3 Justification du volet médico-économique dans le projet de recherche proposé / *Justification of the medico-economic component in the proposal* : Texte (max. 2000 caractères).

ONGLET 6. Financement

6.1 Niveau approximatif de financement DGOS demandé, en euros / *Approximate level of required DGOS (MoH) funding, in euros**² : Nombre.

6.2 Total éligible au financement DGOS, en euros (valeur 'A' de la grille budgétaire) / *Total amount eligible for funding, in euros ('A' value in the budget file)*³ : Nombre.

6.3 Total des cofinancements OBTENUS, en euros (valeur 'B' de la grille budgétaire) / *Total amount of OBTAINED co-funding, in euros ('B' value in the budget file)*² : Nombre.

6.4 Total des cofinancements EN ATTENTE, en euros (valeur 'C' de la grille budgétaire) / *Total amount of co-funding PENDING, in euros ('C' value in the budget file)*² : Nombre.

6.5 Justification des évolutions (6.1 versus 6.2) / *Justification of any changes (6.1 vs 6.2)*² : Texte (max. 450 caractères).

6.6 Autre(s) commentaire(s) d'ordre budgétaire / *Additional comment(s) on the budget* : Texte (max. 450 caractères).

² Requis strictement en 1^{ère} étape - cette valeur sera visible mais non modifiable par suite.

³ Requis strictement en 2^{ème} étape - cette valeur n'est pas demandée en 1^{ère} étape.

ONGLET 7. Références bibliographiques / Bibliographic references

7.1 Référence 1 (PMID, année, revue, titre, auteurs) / Reference 1 (PMID, year, review, title, authors) : Texte (max. 750 caractères).

7.2 Référence 2 (PMID, année, revue, titre, auteurs) / Reference 2 (PMID, year, review, title, authors) : Texte (max. 750 caractères).

7.3 Référence 3 (PMID, année, revue, titre, auteurs) / Reference 3 (PMID, year, review, title, authors) : Texte (max. 750 caractères).

7.4 Référence 4 (PMID, année, revue, titre, auteurs) / Reference 4 (PMID, year, review, title, authors) : Texte (max. 750 caractères).

7.5 Référence 5 (PMID, année, revue, titre, auteurs) / Reference 5 (PMID, year, review, title, authors) : Texte (max. 750 caractères).

ONGLET 8. Informations pour les évaluateurs / Information related to the assessment of the project

8.1 Éléments liés à la mise en œuvre / Elements ensuring feasibility

8.1.1 Participation d'un réseau de recherche / Research network participation* : Texte (max. 450 caractères).

8.1.2 Participation de partenaires industriels / Industry participation* : Texte (max. 450 caractères).

8.1.3 Autres éléments garantissant la faisabilité du projet / Other aspects ensuring feasibility* : Texte (max. 450 caractères).

8.2 Expertises antérieures et commentaires / Previous expert comments

8.2.1 Expertises et commentaires du jury antérieurs / Previous expert and jury comments : Texte (max. 10 000 caractères).

8.2.2 Réponse aux expertises et commentaires du jury antérieurs / Previous expert and jury comments replies : Texte (max. 10 000 caractères).

8.2.3 Autre(s) commentaire(s) / Other comment(s) : Texte (max. 350 caractères).

8.4 Caractéristique du champ d'expertise du rapporteur / Field of expertise of the rapporteur

8.4.1 Domaine du rapporteur suggéré / Suggested rapporteur's domain* : Liste simple.

8.4.2 Mot-clé libre lié au domaine des évaluateurs / Domain related keyword : Texte.

8.4.3 Âges concernés / Ages of studied population : Liste simple (Tous les âges ; Adulte ; Adulte et gériatrie ; Pédiatrie ; Pédiatrie et adulte ; Gériatrie).

8.4.4 Chirurgie / Surgery : Choix simple (Oui ; Non).

ONGLET 9. Commentaire général et observations sur le formulaire / Other comments and template improvements

9.0 Autre(s) commentaire(s) sur le projet / Other comment(s) : Texte (max. 350 caractères).

9.1 Commentaires utilisateur de la plateforme Innovarc-3 (préciser votre rôle) / Innovarc-3 user feedback (specify your role: expert, investigator, manager, delegate or rapporteur) : Texte (max. 3200 caractères).

Annexe III

Programme de recherche translationnelle (PRT)**1. Objectifs**

Le Programme de recherche translationnelle (PRT) répond aux besoins de financement spécifiques des études qui se situent en aval des programmes de recherche fondamentale et en amont du Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC).

C'est pour intensifier et accélérer les échanges entre chercheurs de la recherche fondamentale et cliniciens que le PRT soutient la recherche translationnelle en associant systématiquement au moins une équipe d'un organisme de recherche et une équipe d'un établissement de santé. L'effet synergique attendu de ces échanges entre disciplines caractérise le PRT.

L'objectif premier du PRT est de soutenir des recherches collaboratives concernant des questions scientifiques situées à l'interface entre la recherche exploratoire et la recherche clinique. Les résultats des recherches soutenues par le PRT doivent permettre la formulation de nouvelles hypothèses susceptibles d'être testées dans le cadre d'une recherche appliquée en santé.

Les autres objectifs du PRT sont :

- i) l'accélération des transferts d'informations des laboratoires de recherche vers les établissements de santé (« benchside to bedside ») ;
- ii) l'accélération des transferts d'informations des établissements de santé vers les laboratoires de recherche (« bedside to benchside »).

2. Champ du PRT

La recherche translationnelle en santé constitue une interface, entre la recherche fondamentale et la recherche clinique. En lien avec la recherche clinique, elle est orientée vers les patients avec un souci d'application future directe ou au décours de développements ultérieurs.

Le PRT s'adresse aux recherches ayant pour caractéristique l'approfondissement de la compréhension des mécanismes sur lesquels repose le cadre conceptuel du projet. En ce sens, le programme vise la description et la validation chez l'humain de tout phénomène clinique, biologique, comportemental ou d'imagerie, susceptible de contribuer à une meilleure connaissance et compréhension de l'histoire naturelle des pathologies concernées et/ou susceptible de fournir un marqueur prédictif de leur gravité et de leur évolution et/ou susceptible d'être à l'avenir une nouvelle cible pour la thérapeutique.

3. Recevabilité et éligibilité des projets

Pour être recevable :

- La composition du *consortium* doit faire intervenir au moins un organisme de recherche et un établissement de santé ;
- Les coordonnateurs des projets, des organismes de recherche et des établissements de santé ne doivent pas être présidents ou vice-présidents des comités de sélection (comité d'évaluation, jury) ;
- Pour les candidatures dont les lettres d'intention seront sélectionnées, le dépôt des dossiers complets devra contenir un planning envisageant le déroulement du projet sous forme de jalons. Ces jalons devront permettre d'évaluer la corrélation entre la progression du projet et le montant des dépenses à intervalles réguliers (intervalles d'une durée maximale de 12 mois).

Pour être éligible, le projet doit :

- entrer dans le champ de l'appel à projets ;
- respecter le cadre éthico-réglementaire qui lui est applicable.

4. Les appels à projets du PRT

Le PRT se décline en deux appels à projets :

- le programme de recherche translationnelle en santé (PRT-S) ;
- le programme de recherche translationnelle en cancérologie (PRT-K).

Le PRT-S concerne toutes les pathologies, à l'exception du cancer (pour l'instrument de financement PRC) et des infections liées aux VIH, VHB, VHC, tuberculose.

Le PRT-K est dédié au cancer.

4.1 Le PRT-K est dédié au cancer. Le Programme de recherche translationnelle en santé (PRT-S)

Le PRT-S est un appel à projets partenarial proposé conjointement par la DGOS et l'ANR. La sélection des projets est organisée par l'ANR. La procédure de sélection est disponible sur le site de l'ANR. Les projets éligibles aux PRT-S 2024 seront identifiés parmi les lettres d'intentions déposées dans l'AAPG 2024 de l'ANR dans le cadre des instruments de financement de type Projet de recherche collaborative (PRC) et Projet de recherche collaborative avec une entreprise (PRCE) sollicitant un cofinancement ANR-DGOS. Cette possibilité de cofinancement est ouverte à tous les axes du domaine « Sciences de la vie » et des domaines transverses § B.8. -1 : Interactions humains-environnement, -2 Contaminants, écosystèmes et santé, -3 Maladies infectieuses et environnement, -4 Santé Publique, santé et sociétés, -5 Mathématiques et sciences du numérique pour la biologie et la santé et -6 Technologies pour la santé. Le financement de l'ANR sera attribué aux organismes de recherche et aux entreprises selon les dispositions du règlement financier <https://anr.fr/fileadmin/documents/2022/ANR-RF-2022-30062022.pdf>, relatif aux modalités d'attribution des aides allouées par l'ANR.

4.2 Le Programme de recherche translationnelle en cancérologie (PRT-K)

Le PRT-K est un appel à projets partenarial proposé conjointement par la DGOS et l'Institut national du cancer (INCa).

La sélection des projets est organisée par l'INCa. Les lettres d'intention sont à déposer auprès de l'INCa. Les formulaires spécifiques et procédures de soumission sont disponibles sur le site de l'INCa : <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Appels-a-projets>.

Le financement de l'INCa sera attribué aux organismes de recherche selon les dispositions du règlement des subventions N° 2021-01 (<https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Appels-a-projets/Reglement-des-subventions>) relatif aux subventions allouées par l'INCa.

4.3 Dispositions particulières liées au co-financement de la DGOS

Les PRT sont des appels à projets partenariaux. Le gestionnaire des fonds bénéficiaire du financement du ministère chargé de la santé doit être un établissement de santé¹. Ce dernier est responsable de la répartition des crédits lorsque plusieurs établissements de santé sont impliqués dans le projet.

Pour le financement du (ou des) partenaire(s) établissement(s) de santé, la grille budgétaire et l'attestation de dépôt de la DGOS doivent obligatoirement être utilisées au stade du dépôt des dossiers complets.

Les modèles de trames seront disponibles sur le site du ministère chargé de la santé : [INNOVARC \(sante.gouv.fr\)](https://www.innovarc.sante.gouv.fr).

¹ définis aux articles L. 6111-1 et suivants, L. 6141-1 et suivants et L. 6161-1 et suivants, L. 6133-1 à -8, L. 6323-1 et -3, du Code de la santé publique.

Chaque projet retenu fait l'objet d'un financement conjoint par la DGOS et un co-financeur. Les coûts portés par les équipes des établissements de santé seront financés par la DGOS. Ceux portés par les laboratoires d'organismes de recherche seront financés par les co-financeurs. Le montant des deux types de financements peuvent être différents.

Au stade de la lettre d'intention, le montant des subventions demandées est indicatif. Au stade des dossiers complets, le montant des subventions demandées engage les porteurs en termes de faisabilité et de crédibilité du projet.

Lors du suivi du projet, le versement d'une tranche de financement par la DGOS est conditionné par l'atteinte des jalons définis dans le projet. Pour ce faire, les partenaires informeront le coordonnateur du projet de l'atteinte de ces jalons. Le coordonnateur communiquera ces informations aux co-financeurs en charge du suivi, respectivement l'ANR dans le cadre du PRT-S et l'INCa pour celui du PRT-K qui, après analyse des livrables reçus, transmettront leurs avis à la DGOS sur les jalons atteints.

Annexe IV

Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC)**1. Objectifs**

Le PHRC finance des projets de recherche dont les objectifs sont :

- la mesure de l'efficacité des technologies de santé. Dans cet objectif, les recherches prioritairement financées sont celles qui contribueront à l'obtention de recommandations de fort grade¹ ;
- l'évaluation de la sécurité, de la tolérance ou de la faisabilité de l'utilisation des technologies de santé chez l'Homme (par exemple, toutes les études sur le médicament de la phase I à la phase IV).

Les résultats des projets devront directement permettre une modification de la prise en charge des patients.

2. Éligibilité

Pour être éligibles, les projets doivent dès le stade de la lettre d'intention :

- justifier de l'impact direct des résultats attendus sur la prise en charge des patients ;
- démontrer que les méthodes de la recherche permettront d'obtenir des données apportant un haut niveau de preuve.

Les projets comportant un volet médico-économique sont éligibles uniquement dans le cadre d'études de phase III et si :

- l'objectif principal est de démontrer comparativement l'efficacité clinique de la technologie de santé ;
- l'objectif du volet médico-économique figure parmi les objectifs secondaires et évalue comparativement l'efficacité de la technologie de santé ;
- le volet médico-économique, rédigé par un économiste de la santé identifié dès le stade de la lettre d'intention, est conforme aux standards méthodologiques définis par la Haute Autorité de santé (HAS)². Tout écart à ces méthodologies devra être dûment argumenté.

3. Les appels à projets du PHRC

Le PHRC se décline en trois appels à projets :

- le Programme hospitalier de recherche clinique national (PHRC-N) ;
- le Programme hospitalier de recherche clinique en cancérologie (PHRC-K) ;
- le Programme hospitalier de recherche clinique inter-régional (PHRC-I).

Le PHRC-N concerne toutes les pathologies, à l'exception du cancer et des infections liées aux VIH, VHB, VHC, SARS-coV-2 et toutes les maladies infectieuses émergentes ; le PHRC-K est dédié au cancer et le PHRC-I concerne toutes les pathologies, à l'exception des infections liées aux VIH, VHB et VHC, SARS-coV-2 et aux maladies infectieuses émergentes.

3.1 Programme hospitalier de recherche clinique national (PHRC-N)**Éligibilité**

Afin de permettre une évaluation par des experts non francophones, les projets devront être rédigés en anglais³ aux stades de la lettre d'intention et du dossier complet.

¹ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf.

² Conformément au guide « Choix méthodologiques pour l'évaluation économique à la HAS » disponible sur le site de la HAS : https://www.has-sante.fr/jcms/r_1499251/fr/choix-methodologiques-pour-l-evaluation-economique-a-la-has.

³ À l'exception des annexes ou sections pour lesquelles l'usage du français s'impose ou est explicitement demandé (exemple : consentement à participer à une recherche, résumé du projet en français).

Priorités thématiques

Les projets portant sur les priorités thématiques définies dans le corps de la note feront l'objet d'un classement spécifique. Le financement dédié à chacune de ces thématiques prioritaires sera défini en fonction du nombre et de la qualité des projets déposés.

Pour toute demande d'informations, s'adresser à DGOS-PHRC@sante.gouv.fr.

3.2 Programme hospitalier de recherche clinique en cancérologie (PHRC-K)

Champ de l'appel à projets

Les projets peuvent concerner toutes les technologies de santé relatives au cancer.

Éligibilité

Afin de permettre une évaluation par des experts non francophones, les projets devront être rédigés en anglais⁴, aux stades de la lettre d'intention et du dossier complet.

Priorité thématique

En lien avec la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, les projets portant sur la désescalade thérapeutique [essais cliniques ayant pour objet la réduction de la toxicité et des séquelles des traitements à moyen et à long terme, chez les adultes, les adultes jeunes et les enfants] sont considérés comme prioritaires. La réduction de la toxicité des traitements à moyen et à long terme, s'inscrit dans une démarche de limitation des séquelles et d'amélioration de la qualité de vie des patients. Cette démarche représente un des axes de la stratégie décennale de lutte contre les cancers. Les essais de désescalade thérapeutique concernent bien sûr les traitements médicamenteux, mais aussi la chirurgie, la radiologie interventionnelle et la radiothérapie. Ces projets feront l'objet à ce titre d'une attention particulière.

Procédure de sélection des projets

La sélection des projets est organisée par l'Institut national du cancer (INCa). La procédure de sélection sera disponible sur le site de l'INCa⁵.

Procédure de soumission

Les lettres d'intention (cf. annexe II) sont à déposer auprès de l'INCa. Les formulaires spécifiques et procédures de soumission sont disponibles sur le site de l'INCa⁶.

Pour toute demande d'informations, s'adresser à : phrc-info@institutcancer.fr.

3.3 Programme hospitalier de recherche clinique inter-régional (PHRC-I)

Le PHRC-I :

- soutient une politique de recherche partenariale entre les différents établissements de santé d'une même interrégion ;
- permet l'émergence de projets portés par des équipes souhaitant s'initier à la recherche clinique.

Champ de l'appel à projets

Depuis 2014, le PHRC-I concerne également le cancer.

⁴ À l'exception des annexes ou sections pour lesquelles l'usage du français s'impose ou est explicitement demandé (exemple : consentement à participer à une recherche, résumé du projet en français).

⁵ <http://www.e-cancer.fr/aap/recherche/>.

⁶ <http://www.e-cancer.fr/aap/recherche/>.

Modalités de sélection et de financement

Les groupements interrégionaux pour la recherche clinique et l'innovation (GIRCI) sont en charge d'organiser une sélection des projets en deux temps, comprenant une présélection *via* une lettre d'intention puis une sélection sur dossier complet. La lettre d'intention doit utiliser le modèle fourni en annexe II. Les modalités du choix des projets sont libres, ainsi que son calendrier. Elles doivent être définies collégialement au niveau de chaque inter-région, sont transparentes et communiquées à l'avance à l'ensemble des candidats.

Les GIRCI soumettent les projets sélectionnés, et qu'ils souhaitent voir financés, à la DGOS. Après validation du mode de sélection, la DGOS valide la liste des projets en fonction de leur conformité aux orientations définies dans la présente note.

La DGOS financera uniquement les projets entrant dans le champ du PHRC-I. En cas de rejet d'un projet sélectionné, les crédits relatifs ne seront pas délégués et l'inter-région concernée percevra moins de crédits que la demande présentée.

Les crédits seront versés par la DGOS directement à l'établissement de santé, au GCS, à la maison ou au centre de santé coordonnateur du projet. La DGOS effectue le suivi des projets financés selon les modalités précisées sur le site internet du ministère chargé de la santé.

Pour la campagne 2023, le montant total disponible est fixé à 25 000 000 €. Le montant maximum de la subvention demandée pour les projets éligibles au PHRC-I est libre. La somme des financements accordés au titre des projets sélectionnés par un GIRCI ne dépassera pas le montant disponible indiqué dans le tableau ci-après.

GIRCI	Montant maximum disponible (en millions d'euros)
Nord-Ouest	3
Grand Ouest (GO)	2,8
Sud-Ouest Outre-mer hospitalier (SOHO)	4,3
Méditerranée	1,9
Auvergne-Rhône-Alpes (AURA)	3
Est	3
Île-de-France	7

Pour favoriser l'interrégionalité, les deux tiers des projets au minimum doivent associer au moins deux centres d'inclusion de patients dans deux établissements de santé, GCS, maison de santé ou centre de santé différents de la même interrégion. Les projets multicentriques doivent comprendre au minimum 50 % de leurs centres d'inclusions dans la même interrégion. L'établissement de santé, le GCS, la maison de santé ou le centre de santé coordonnateur doit être situé au sein de cette interrégion.

Afin d'assurer l'émergence de nouvelles équipes, l'investigateur coordonnateur ne doit jamais précédemment avoir obtenu un financement PHRC-N, PHRC-K, PHRC-I ni PHRC-R.

Ainsi, s'il doit y avoir un changement de porteur / d'investigateur coordonnateur pour une raison quelconque (l'investigateur coordonnateur a quitté l'établissement...) l'investigateur coordonnateur remplaçant est considéré comme ayant obtenu le financement. Aussi, l'investigateur coordonnateur initial (lauréat) et le nouvel investigateur coordonnateur (nouveau lauréat) ne doivent pas avoir obtenu précédemment de financement PHRC-N, PHRC-R, PHRC-I et PHRC-K et ne pourront pas tous les deux candidater à de prochains AAP PHRC-I.

Un projet ne peut dans aucun cas être déposé en même temps au PHRC-N ou PHRC-K et au PHRC-I. Si le cas de figure se présentait, le dossier de candidature serait non recevable dans les trois appels à projets 2023.

Au terme de la procédure de sélection, chaque GIRCI doit adresser sous format numérique sur une plateforme spécifique mise en place par la DGOS, à l'attention du Bureau Innovation et recherche clinique de la DGOS et à la date indiquée au préalable par la DGOS, les documents suivants :

- Dossier n° 1 nommé « Procédure-de-sélection » : il contient la procédure de sélection, comprenant l'algorithme de classement des dossiers, à chacune des étapes de leur sélection le cas échéant ;
- Dossier n° 2 nommé « Information-de-diffusion » : il contient l'information concernant l'appel à projets diffusé dans les établissements de santé, les GCS, les maisons et centres de santé de l'interrégion ;
- Dossier n° 3 nommé « Liste-etablissements-informes » : il contient la liste des établissements de santé, des GCS, des maisons et centres de santé ainsi informés ;
 - cette liste, en format tableur, doit comprendre, dans des colonnes **différentes** et au minimum, le nom de l'établissement de santé, du GCS, de la maison ou du centre de santé contacté, la fonction de la personne contactée, son nom, son prénom et l'adresse courriel à laquelle ont été adressés les documents.
- Dossier n° 4 nommé « liste-ensemble-dossiers_LI-complet-expertises », il contient :
 - la liste de l'ensemble des dossiers déposés en format tableur (lettres d'intention et projets complets) ; cette liste établie par la DGOS en collaboration avec les GIRCI, en format tableur comprend 16 colonnes différentes comprenant entre autre, un numéro d'ordre, la ville, l'établissement de santé de l'investigateur coordinateur, son titre, son nom, son prénom, son courriel, l'acronyme du projet, le titre du projet, le montant demandé, les noms regroupés des autres établissements recruteurs, la mention de la réussite ou non du dossier au premier stade de l'appel à projets, la clé de classement, le souhait de financement...,
 - les dossiers déposés (ensemble des lettres d'intention puis dossiers complets pour les dossiers ayant été sélectionnés au stade de la lettre d'intention), avec pour chaque dossier un répertoire nommé par le numéro d'ordre du projet contenant :
 - l'ensemble des documents du projet (au stade de la lettre d'intention puis à celui du dossier complet le cas échéant), les éventuelles annexes et le budget demandé dans le cas des dossiers complets. La grille budgétaire de la DGOS doit obligatoirement être utilisée au stade du dépôt des dossiers complets. La grille budgétaire est disponible sur le site internet du ministère chargé de la santé,
 - l'ensemble des documents d'enregistrement du processus de sélection, en correspondance avec l'algorithme de choix des projets (expertises anonymisées, procès-verbal de jury, etc.). Dans son déroulé, le processus de sélection doit comprendre deux questions à destination des évaluateurs du projet (experts, rapporteurs, membres du jury, etc.), portant :
 - sur la justification de l'impact direct des résultats attendus sur la prise en charge des patients,
 - sur la démonstration que les méthodes de la recherche permettront d'obtenir des données apportant un haut niveau de preuve.

Les cotations des réponses et les modalités de leur prise en compte lors du choix des lettres d'intention puis des dossiers complets proposés au financement doivent être précisées dans la description de l'algorithme de sélection des dossiers,

- les CV de l'investigateur coordonnateur et du méthodologiste,
- pour les dossiers complets prévoyant des inclusions de patients, un document précisant le nombre des centres d'inclusion prévus (NC), la durée prévue de la période d'inclusion en mois (DUR), le nombre total de patients à inclure (NP) puis le calcul du nombre de patients à inclure par mois et par centre ((NP/DUR)/NC) et la justification de ce chiffre s'il est supérieur à 2.

Pour toute demande d'informations, s'adresser au GIRCI concerné dont les contacts sont présents sur le site du ministère⁷.

⁷ [Groupements interrégionaux pour la recherche clinique et l'innovation - GIRCI - Ministère de la santé et de la prévention \(sante.gouv.fr\)](https://www.sante.gouv.fr)

Annexe V

Programme de recherche médico-économique (PRME)**1. Objectifs**

Le PRME finance des projets de recherche qui ont pour objectif l'évaluation médico-économique des technologies de santé¹ et des stratégies de prise en charge des patients. Ces recherches doivent permettre de guider les décideurs publics dans le financement du système de soins, les recommandations de bonnes pratiques et les enjeux de santé publique. Le PRME s'intéresse particulièrement à l'efficacité des nouvelles technologies de santé et à l'efficacité des stratégies de prise en charge de patients fondées sur des technologies de santé par des études à haut niveau de preuve.

Le PRME concerne tous les domaines de la santé, y compris le cancer.

2. Éligibilité

Pour être éligibles, les projets doivent présenter les caractéristiques suivantes :

- Les projets doivent avoir pour objectif principal la réalisation d'une évaluation médico-économique de technologies de santé ou de stratégies de prise en charge de façon à guider les décisions publiques en termes de financement des soins ;
- Une analyse d'impact budgétaire² (AIB) est fortement encouragée et particulièrement nécessaire lorsqu'un impact majeur sur les dépenses de santé est possible ;
- L'évaluation des résultats repose sur des critères cliniques et/ou de qualité de vie, définis en fonction de la nature des conséquences préalablement identifiées. D'autres critères peuvent être proposés s'ils sont justifiés ;
- Des données probantes sur la qualité, l'efficacité, l'intérêt clinique et la sécurité des technologies/stratégies étudiées doivent déjà être disponibles pour justifier qu'il est envisageable de les utiliser dans le contexte français ;
- Les projets doivent permettre la production de résultats à haut niveau de preuve scientifique, en mettant en œuvre une des méthodologies recommandées par la HAS ou de manière alternative une autre méthodologie appropriée ;
- Dans le cas d'un produit de santé, la technologie de santé étudiée doit disposer d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) ou d'un marquage CE³. Dans le cas où elle n'en dispose pas, cette absence devra être dûment justifiée ;
- Les protocoles médico-économiques et cliniques proposés doivent impliquer systématiquement un économiste de la santé et un méthodologiste ;
- Le comparateur est la (ou les) technologie(s) ou la (ou les) stratégie(s) diagnostique(s) / thérapeutique(s) de référence (ou utilisée(s) en pratique courante, conformément aux recommandations en vigueur⁴) ;
- Les établissements impliqués dans les projets transmettent la totalité des données de coûts nécessaires à la bonne réalisation du projet.

¹ Technologie de santé : intervention pouvant servir à la promotion de la santé, à la prévention, au diagnostic ou au traitement d'une maladie aiguë ou chronique, ou encore à des fins de réadaptation. Les technologies de la santé comprennent les produits pharmaceutiques, les dispositifs, les interventions et les systèmes organisationnels utilisés dans les soins de santé (<http://www.inahta.org/>).

² Conformément au guide « Choix méthodologiques pour l'analyse de l'impact budgétaire à la HAS » disponible sur le site de la HAS : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2730306/fr/choix-methodologiques-pour-l-analyse-de-l-impact-budgetaire-a-la-has

³ AMM pour les médicaments, marquage CE pour les dispositifs médicaux.

⁴ Ces recommandations devront être transmises à la DGOS lors du processus de présélection.

Toute technologie de santé innovante en cours de validation dans le cadre du PRME ne sera pas évaluée par la HAS avant l'obtention des résultats médico-économiques finaux. Le PRME n'a pas vocation à réaliser les études médico-économiques post-inscription demandées aux industriels par la HAS ou par le Comité économique des produits de santé (CEPS)⁵. Le PRME n'a pas pour objet le financement d'un accès précoce à une technologie.

3. Recommandations

Il est essentiel que les porteurs d'un projet argumentent la capacité de leur projet à guider une décision publique concernant la technologie/stratégie sous étude, en s'attachant à décrire quelles sont les données manquantes lors de la soumission du projet et comment celui-ci permettra d'y remédier. Cet argumentaire devra être fourni dès le stade de la lettre d'intention.

Aucune approche méthodologique valide n'est exclue a priori, y compris le recours aux bases de données médico-administratives ou à des bases de données déjà existantes.

La soumission de projets intégrant plusieurs disciplines, telles que les sciences humaines et sociales, pourrait être possible.

4. Processus

Le processus de sélection est composé de deux étapes successives :

- Présélection des lettres d'intention par un jury institutionnel : examen de leur éligibilité au programme de recherche, pertinence de la question posée au regard des politiques publiques mises en œuvre, évaluation préliminaire de la capacité de la méthodologie proposée à apporter une réponse solide.
- Sélection des dossiers complets par un jury scientifique qui expertise la pertinence des objectifs du projet, sa qualité méthodologique et sa faisabilité opérationnelle, ainsi que l'adéquation de son budget en fonction des besoins du projet et du niveau de qualité des résultats attendus.

Pour toute demande d'informations, s'adresser à : DGOS-PRME@sante.gouv.fr.

⁵ Études mentionnées aux articles L. 165-3 et L. 162-17-4 du Code de la sécurité sociale.

Annexe VI

Programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS)**1. Objectifs**

Le programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS) se situe dans le champ de la recherche portant sur l'offre et l'organisation des services de santé et sur le parcours des patients [*Health services research (HSR)*¹]. Le PREPS a pour objectif d'améliorer l'efficacité et l'efficience des services de santé.

Le PREPS soutient l'innovation organisationnelle en finançant l'expérimentation de nouveaux modèles d'offre ou d'organisation de services de santé, ou de parcours des patients ainsi que la production de connaissances nouvelles pouvant être nécessaires pour conduire un changement organisationnel. Ces recherches doivent permettre aux décideurs d'orienter la politique de santé pour améliorer l'organisation du système de santé, sur la base de preuves scientifiques [*Evidence-Based Policy*].

2. Éligibilité**Champs de recherche**

Champs de recherche attendus :

Recherches à haut niveau de preuve portant sur des modèles d'offre ou d'organisation de services de santé, des modes de pratiques professionnelles ou de parcours des patients, en vue de la transformation des organisations et services en place (observation, conception, implémentation, transposabilité).

La recherche peut notamment se situer dans les champs suivants :

- processus de travail et production de services (telle l'organisation et la mise en œuvre d'une étape d'un parcours de soins² ou de santé³) ;
- flux de patients (durées de séjour et volumes, adéquation des parcours) ;
- acceptabilité⁴ des organisations ;
- fonctionnement territorial, complémentarité des soins hospitaliers et ambulatoires ;
- nouvelles coopérations (relations implicites ou contractuelles entre acteurs, intra ou entre structures), nouveaux métiers de la santé et implication des patients ;
- santé numérique (systèmes d'information, « big data ») ;
- qualité des prises en charge et sécurité du patient ;
- qualité de vie au travail et bien-être des professionnels de santé ;
- accessibilité et disponibilité des soins (géographique, temporelle, inégalités sociales, littératie) ;
- soutenabilité financière et impact budgétaire ;

¹ Kathleen N. Lohr et Donald M. Steinwachs, « Health Services Research : An Evolving Definition of the Field », *Health Services Research* 37, n° 1 (février 2002): 15-17, doi:10.1111/1475-6773.01020.

² Un parcours de soins comprend, pour le patient, le juste enchaînement et au bon moment des différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins : consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux, prise en charge des épisodes aigus (décompensation, exacerbation), autres prises en charge (médico-sociales notamment, mais aussi sociales) (cf. Haute Autorité de santé, questions / réponses, 2012 : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/quest-rep_parcours_de_soins.pdf).

³ Les parcours de santé (...) articulent les soins avec, en amont, la prévention en santé et sociale et, en aval, l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile (<https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>).

⁴ L'acceptabilité s'apprécie au regard de différentes parties prenantes (patients, professionnels de santé, décideurs) et de l'équité (partage potentiel des inégalités dans l'accès et la délivrance des soins de l'éthique et des aspects médico-légaux).

- impact environnemental et soutenabilité de la consommation de ressources ;
- adaptation de la conception architecturale et des infrastructures ;
- circuits logistiques.

Champs de recherche exclus :

La recherche sur l'efficacité comparée des produits de santé⁵, des actes et des équipements à l'exception de celle incluant un ou des outil(s) numériques innovant(s) susceptible d'engendrer des changements organisationnels ou des modes de pratiques professionnelles. Dans ce dernier cas, les validations de la sécurité et de l'efficacité du ou des outil(s) devront être préalablement réalisées ou explicitement prévues dans le projet de recherche mais ne pourront en constituer l'objectif principal. La même attente est formulée concernant la connexion de ces outils aux systèmes d'information (systèmes d'information hospitaliers, dossier médical partagé, etc.).

Si le projet inclut le développement d'un nouvel outil à visée commerciale, il est attendu que les coûts associés soient supportés par son propriétaire.

Disciplines et méthodes

Le PREPS est ouvert à toutes les disciplines : santé publique, épidémiologie et statistiques, sciences des données, sciences humaines et sociales, économie, informatique⁶, ingénierie opérationnelle, management des organisations, etc. La collaboration entre disciplines est souhaitée dès lors qu'elle apporte une expertise utile au projet.

Tous les matériels pertinents sont autorisés y compris les très grandes bases et entrepôts de données existants, les cohortes et registres existants, les corpus de verbatims, la littérature existante, etc.

Les méthodes ne sont pas exclusives et peuvent être associées y compris la mesure d'impact d'interventions, les approches observationnelles en vie courante, le développement de méthodes scientifiques en recherche sur les services de santé, les revues systématiques de la littérature, les approches qualitatives, la simulation, l'intelligence artificielle, etc. dès lors que la problématique soulevée permet une amélioration des connaissances dans les champs de l'organisation et de la performance des services de santé.

3. Processus

Le processus de sélection est composé de deux étapes successives :

- pré-sélection des lettres d'intention par un jury institutionnel pour examen de leur éligibilité au programme de recherche, de la pertinence de la question posée et de l'originalité du pré-projet au regard des priorités institutionnelles ;
- sélection des dossiers complets par un jury scientifique qui, à l'aide d'expertises produites par des pairs, évalue en particulier la faisabilité et la pertinence méthodologique et opérationnelle du projet, les réponses aux éventuelles remarques faites en pré-sélection ainsi que l'adéquation de son budget en fonction du niveau de qualité des résultats attendus.

⁵ Technologie de santé : intervention pouvant servir à la promotion de la santé, à la prévention, au diagnostic ou au traitement d'une maladie aiguë ou chronique, ou encore à des fins de réadaptation. Les technologies de la santé comprennent les produits pharmaceutiques, les dispositifs, les interventions et les systèmes organisationnels utilisés dans les soins de santé (<http://www.inahta.org/>).

⁶ Entre autres, les outils informatiques (dossier patient électronique, "big data", etc.) dans leur dimension d'échange de données entre acteurs du système de soins y compris les patients sont dans le champ du PREPS.

4. Recommandations

Dans le cadre de la lettre d'intention, Il est essentiel de bien caractériser l'innovation explorée par la recherche afin de permettre au jury de juger de son originalité et de ses retombées potentielles et d'envisager sa faisabilité et sa reproductibilité dès cette étape. En cas de présélection, le dossier complet devra apporter tous les précisions permettant de justifier la pertinence et la maîtrise des méthodes expérimentales proposées et de garantir la faisabilité.

Les interventions dont l'efficacité est déjà démontrée hors contexte français peuvent être testées dans le cadre d'un projet du PREPS uniquement dans les cas où l'hypothèse d'une transposition réussie en France peut être valablement questionnée. Cette hypothèse doit être étayée par un rationnel justifiant le financement d'un projet de recherche. Les enjeux liés à l'implémentation et le caractère généralisable de l'intervention devront être explicités et justifiés.

Pour toute demande d'informations, s'adresser à : DGOS-PREPS@sante.gouv.fr.

Annexe VII

Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP)**1. Objectifs**

Le PHRIP a pour objectif la production de connaissances scientifiques utilisables par les auxiliaires médicaux dans leurs prises de décisions ou leurs pratiques.

2. Champ

Le PHRIP vise tous les aspects de la recherche appliquée en santé, en privilégiant les questions se rapportant à l'amélioration des pratiques des auxiliaires médicaux et notamment les stratégies de soins, les référentiels de prise en charge, les méthodes innovantes de soins ainsi que celles de l'organisation des soins et des parcours des patients.

La recherche peut concerner la pratique à l'hôpital, en ville, en maison/centre de santé, au domicile du patient ou dans tout autre lieu d'exercice des auxiliaires médicaux.

Toutes les méthodologies (quantitatives, qualitatives, mixtes) sont éligibles à la condition expresse qu'elles soient appropriées, rigoureuses, que les équipes s'entourent des compétences *ad hoc* pour garantir la qualité de la méthode de recherche choisie, afin d'apporter les éléments de réponse à la question de recherche.

3. Éligibilité

Les projets de recherche peuvent porter sur toutes les dimensions des soins pour peu qu'ils relèvent d'une recherche dans le domaine des soins réalisés par les auxiliaires médicaux. La notion de « soins » doit être comprise dans une acception large, dépassant les seuls soins à visée curative pour intégrer les soins éducatifs et préventifs, la rééducation, la réadaptation, ainsi que les soins à visée palliative.

Le PHRIP n'a pas vocation à se substituer, même pour partie, aux autres programmes de recherche de la DGOS présentés dans cette note d'information et dans le cadre desquels les professionnels de santé paramédicaux peuvent aussi être porteurs de projet.

4. L'appel à projets

Le PHRIP concerne toutes les pathologies et toutes les situations de soins.

Le processus de sélection implique un jury scientifique pour ses deux étapes successives, présélection des lettres d'intention et sélection des dossiers complets.

Pour toute demande d'informations, s'adresser à DGOS-PHRIP@sante.gouv.fr.

Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées

Convention de délégation de gestion du 29 juin 2023 relative au développement des fonctionnalités de la plateforme informatique permettant aux organismes domiciliataires de simplifier la gestion de la domiciliation des personnes sans domicile stable

NOR : APHZ2330290X

ENTRE

La Direction du numérique des ministères sociaux,
sise 39-43 quai André Citroën - 75092 PARIS cedex 15,
représentée par Nathalie CUVILLIER, cheffe de service, adjointe à la directrice,
ci-après dénommée « la DNUM »,

D'une part,

ET

La Direction générale de la cohésion sociale,
sise 78-84 rue Olivier de Serres - CS 59234 - 75739 PARIS cedex 15,
représentée par Jean-Benoît DUJOL, directeur général,
ci-après dénommée « la DGCS »,

D'autre part.

Il est convenu ce qui suit :

Article 1^{er}
Objet de la convention

La présente convention a pour objet la délégation de gestion par la DGCS, au titre des crédits de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, d'une partie du financement engagé en 2023 par le Secrétariat général des ministères sociaux pour le développement des fonctionnalités de la plateforme informatique permettant aux organismes domiciliataires de simplifier la gestion de la domiciliation des personnes sans domicile stable, DOMIFA. Cet outil numérique, en accès libre, est développé selon la méthode des start-up d'État et est incubé par la DNUM au sein de la Fabrique numérique depuis janvier 2019.

Les objectifs et les attendus du produit DOMIFA :

- **Amplifier la facilitation de l'accès aux droits des domiciliés** : augmenter le nombre de domiciliés recensés sur la plateforme et accroître le nombre de structures utilisatrices de la plateforme ;
- **Réduire les ruptures de parcours des domiciliés** : augmenter le taux d'utilisation du portail domicilié (l'évolution du nombre de connexions au portail), baisser le taux de refus de dossier pour non présentation des personnes domiciliées ;

- **Améliorer la qualité de vie au travail des travailleurs sociaux** : atteindre au minimum 75 % d'accessibilité RGAA¹ ;
- **Faire gagner du temps aux domiciliés** : diminution des passages sans distribution de courriers ;
- **Augmenter la sécurisation du processus de domiciliation** : augmentation des dossiers « périmés » supprimés, mesure significative du droit à l'oubli ;
- **Augmenter l'accès à l'information** : statistique reprise par la DGCS sur la mise en œuvre de la politique publique ;
- **Diminuer la charge de travail des travailleurs sociaux** : enquête impact annuelle.

La convention est conclue en application du décret n° 2004-1085 du 14 octobre 2004 relatif à la délégation de gestion dans les services de l'État entre la DNUM, service délégataire et la DGCS, service délégant.

Dans ce cadre, la convention précise en particulier les conditions dans lesquelles la DGCS autorise la DNUM, en son nom et pour le compte de la communauté ou son propre compte, l'exécution de dépenses relevant de l'UO indiquée à l'article 7, dont elle est responsable.

Article 2

Principes relatifs à la co-gestion du projet DOMIFA

La Fabrique numérique de la DNUM des ministères sociaux accompagne DOMIFA selon le mode de développement des produits numériques en mode Startup d'État. C'est-à-dire que ses travaux sont menés de manière itérative et incrémentale, en plaçant au cœur les besoins des usagers et que ses équipes sont pilotées par la finalité.

Le dispositif a été ouvert en 2019. Les premières phases de construction ont été financées par la Fabrique du numérique, l'ANCT et la DGCS.

Afin de poursuivre le développement du dispositif ainsi que son déploiement, la DGCS apporte sa collaboration et finance une nouvelle phase de déploiement.

Le développement du produit DOMIFA se découpe en 3 typologies de prestations :

- Des prestations d'expertise pour le développement en mode produit numérique, s'appuyant sur un marché de la DNUM ;
- Des prestations d'envoi de SMS aux utilisateurs du service, s'appuyant via un marché dédié ;
- Des prestations liées à l'homologation de sécurité du service DOMIFA (homologation RGS²).

Suivant le mode de fonctionnement habituel de la Fabrique, les travaux sont soumis à priorisation périodique collective par l'équipe produit. Le cas échéant les demandes d'arbitrage sont remontées au niveau du comité de suivi (cf. § Gouvernance).

Article 3

Durée de la convention

La présente convention prend effet à compter du 01/01/2023 jusqu'au 31/12/2023 et prend fin :

- D'un point de vue technique le 31 décembre 2023 ;
- D'un point de vue comptable et budgétaire à la date de paiement de la dernière facture relevant des opérations prises en charge.

¹ RGAA : référentiel général d'amélioration de l'accessibilité.

² RGS : référentiel général de sécurité.

Elle est reconductible de manière tacite pour une période de 12 mois. Toutefois, la reconduction financière du projet sur une nouvelle année budgétaire implique la passation d'un avenant financier afin de préciser la liste des prestations et de fixer le cadre financier et le plafond budgétaire à appliquer au titre du nouvel exercice budgétaire.

Article 4

Rôles et responsabilités des parties

La DNUM assure le portage des marchés publics et la relation contractuelle relative aux conditions générales de ces marchés.

La DGCS et la DNUM participent à la gouvernance de la communauté, s'engagent solidairement à l'animation et au financement du développement du projet DOMIFA, conformément aux articles 5, 6 et 7 de la présente convention.

Article 5

Gouvernance

Un comité de suivi trimestriel (COSUI) est mis en place. Il réunit les représentants de chaque membre de la communauté.

Le comité est chargé de suivre les demandes d'évolution, d'arbitrer sur les priorités, le financement et de définir la feuille de route du produit.

La validation d'une évolution devra faire consensus, c'est-à-dire un accord positif et unanime (sans opposition formelle) de l'ensemble des membres signataires de la convention, représentés par le responsable de la convention ou le responsable opérationnel.

Le secrétariat peut être assuré par un membre de la communauté, ou par le prestataire à défaut.

En cas de désaccord, le COSUI pourra convoquer un comité de pilotage exceptionnel (COPIL) réunissant les représentants signataires de la présente convention.

Article 6

Dispositions administratives et financières

Dans le cadre de la présente convention, il est convenu que la DNUM, en sa qualité de pouvoir adjudicateur, émet les bons de commande des prestations sur le fondement des marchés conclus avec les fournisseurs. Sur la base de devis, les demandes d'achat visant à engager les commandes font l'objet d'un accord préalable de la DGCS, formalisé par courriel.

Les bons de commandes sont émis par la DNUM auprès des titulaires. La DNUM assure la réception et le suivi des prestations et, en collaboration avec la DGCS, s'assure de la bonne exécution du service fait.

La DGCS s'engage à mettre à disposition, sur l'UO indiquée à l'article 7, les crédits nécessaires à la réalisation des prestations demandées par le bénéficiaire en AE et en CP.

Le plafond annuel maximal de dépenses dans le cadre de la présente convention est fixé à 430 000 € TTC au titre de 2023.

Le COSUI est en charge de consolider l'ensemble des engagements réalisés par les membres de la communauté et de déterminer les prévisions budgétaires pour l'année N+1.

La DNUM fournit à la DGCS un suivi régulier et détaillé des engagements et états de facturation dans le cadre de la présente convention.

Article 7

Exécution et imputation de la dépense

La DGCS (délégant) confie à la DNUM (service délégataire) la signature ou la validation des actes de dépense pris dans le cadre de l'exécution de la présente convention et approuvés par la DGCS.

La saisie et la validation dans le système d'information financière CHORUS des actes de dépense relevant de la présente convention sont effectuées selon les modalités en vigueur pour les autres actes de dépense de la DNUM (délégataire).

Le comptable assignataire des dépenses est le contrôleur budgétaire et comptable ministériel (CBCM) placé auprès du service délégataire (DNUM).

La DNUM procède aux demandes d'habilitations CHORUS nécessaires à la mise en œuvre des modalités d'exécution financière prévues par la présente convention.

Les dépenses visées par la présente convention pour le compte du délégant sont imputées sur les crédits du programme 304 « Inclusion sociale et protection des personnes », action 19 « stratégie interministérielle de prévention et de lutte contre la pauvreté », code activité 002, compte PCE 6111100000 du budget de la Mission solidarité, insertion et égalité des chances, pour l'exercice 2023.

La codification dans CHORUS des données d'imputation spécifiques aux dépenses visées par la présente convention est la suivante :

Centre financier	0304-CDGC-CDGC
Domaine fonctionnel	0304-19
Activité	030450192006
Centre de coûts	SGSIFAB075
Service exécutant	SOCBEXD075

Article 8

Publication et dénonciation de la convention

La convention peut être dénoncée, 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 est nécessaire.

Cette résiliation ne donne droit à aucune indemnité par l'autre partie.

L'exercice de cette faculté de résiliation ne dispense pas la partie défaillante de remplir les obligations contractées jusqu'à la prise d'effet de la résiliation et sous réserve de dommage éventuellement subis par la partie plaignante du fait de la résiliation anticipée du contrat.

Toute modification ou tout renouvellement ne peut être valablement apportée que par la signature, par les deux parties, d'un avenant à la présente convention ou d'une nouvelle convention.

Un exemplaire de la présente convention sera communiqué aux contrôleurs budgétaires et comptables ministériels ou, le cas échéant au service comptable du partenaire bénéficiaire.

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 29 juin 2023.

Pour la Direction du numérique des ministères sociaux :
La cheffe de service, adjointe à la directrice,
Nathalie CUVILLIER

Pour la Direction générale de la cohésion sociale :
Le directeur général,
Jean-Benoît DUJOL

Ministère de la santé et de la prévention

**Arrêté du 3 juillet 2023 modifiant l'arrêté
du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier**

NOR : SPRH2317156A

(texte publié au Journal officiel de la République française n° 0154 du 5 juillet 2023)

Le ministre de la santé et de la prévention,

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 portant statut d'autonomie de la Polynésie française ;

Vu le décret n° 81-1221 du 31 décembre 1981 relatif à l'accueil des étudiants étrangers dans les universités et les établissements publics à caractère scientifique et culturel indépendants des universités ;

Vu le décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires ;

Vu le décret n° 2002-481 du 8 avril 2002 relatif aux grades et titres universitaires et aux diplômes nationaux ;

Vu le décret n° 2002-482 du 8 avril 2002 portant application au système français d'enseignement supérieur de la construction de l'Espace européen de l'enseignement supérieur ;

Vu le décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière ;

Vu l'arrêté du 25 août 1969 modifié relatif à la liste des titres admis en dispense du baccalauréat de l'enseignement du second degré en vue de l'inscription dans les universités ;

Vu l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales ;

Vu l'arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme ;

Vu l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux ;

Vu l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier ;

Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales en date du 13 juin 2023,

Arrête :

Article 1^{er}

L'arrêté du 31 juillet 2009 susvisé est ainsi modifié :

I. - Après l'article 7 est inséré un article 7 *bis* ainsi rédigé :

« *Art. 7 bis.* - Les aides-soignants disposant d'une expérience professionnelle en cette qualité d'au moins trois ans à temps plein sur la période des cinq dernières années à la date de sélection et qui ont été sélectionnés par la voie de la formation professionnelle continue, peuvent, à la suite d'un parcours spécifique de formation de trois mois validé, intégrer directement la deuxième année de formation d'infirmier.

« Pour être éligibles au parcours spécifique, les aides-soignants doivent se porter volontaires et être retenus par leur employeur à cette fin.

« Ils doivent en outre s'être acquittés des droits d'inscription auprès de leur établissement d'affectation conformément aux dispositions du 2° de l'article 2 du présent arrêté.

« Le contenu de la formation pour ces personnels est décrit à l'annexe VIII du présent arrêté.

« En cas de congé de maladie, de maternité, de paternité ou d'adoption, le bénéfice du parcours spécifique peut être conservé pendant une année supplémentaire. »

II. - L'article 8 est ainsi modifié :

1° Au cinquième alinéa, les mots : « dans une des professions identifiées au 2° de l'article 7 » sont supprimés ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« 8° Outre les documents énumérés aux 1° à 7° du présent article, les aides-soignants déposent auprès de l'établissement une demande écrite pour bénéficier du dispositif relevant de l'article 7 *bis* ainsi que l'attestation de validation du parcours spécifique. »

III. - Après l'annexe VII, il est ajouté une annexe VIII ainsi rédigée :

« Formation du parcours spécifique pour AS expérimentés

« Cette annexe est publiée au *Bulletin officiel santé, protection sociale, solidarité.* »

Article 2

La directrice générale de l'offre de soins est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 3 juillet 2023.

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

« ANNEXE VIII : FORMATION DU PARCOURS SPÉCIFIQUE POUR AS EXPÉRIMENTÉS

OBJECTIFS

Mettre en place une formation spécifique, destinée à des aides-soignants expérimentés pour leur permettre de bénéficier d'une dispense totale de la 1^{ère} année de formation en soins infirmiers :

- Consolider les connaissances et les compétences en lien avec les sciences et techniques infirmières acquises au cours du parcours professionnel et personnel pour intégrer avec succès la deuxième année de formation en soins infirmiers ;
- Assimiler les enseignements incontournables de la première année de formation en soins infirmiers ;
- Développer une méthode de travail spécifique au rythme d'une formation universitarisée de niveau licence ;
- Aborder sereinement le dispositif grâce à un accompagnement et un suivi régulier.

PROGRAMME DÉTAILLÉ DE FORMATION

Séquence 1 (35h)

Accompagnement pédagogique individualisé/Projet personnel et professionnel

Connaître la formation infirmière et l'institut

- La formation infirmière sur les 3 ans (contenu, organisation universitaire CM – TD – semestres – stages – conditions de passage d'année...) instances, organisation du DE ;
- Les 3 mois de préformation et des conditions d'entrée en L2.

Développer des méthodes de travail adaptées aux exigences de la formation infirmière

- Les différentes méthodes de travail utilisées en formation infirmière (travaux de groupe, prise de notes...), les différentes modalités d'évaluation utilisées ;
- Les plateformes d'enseignement à distance et les outils numériques utilisés ;
- La recherche documentaire, le centre de documentation, la bibliothèque universitaire ;
- Dimension professionnalisante de la formation.

Identifier ses ressources et enrichir le socle des compétences clés

Développer les compétences numériques et bureautique

- Remise à niveau et accompagnement aux savoirs :
 - Mathématiques ;
 - Français ;
 - Utilisation logiciels bureautiques ;
 - Méthode d'analyse ;
 - Anglais.

Séquence 2 (105 h)

Domaine des sciences et techniques infirmières, fondements, méthodes et interventions en lien avec les compétences 1, 2,3 4 et 6 du référentiel IDE

Acquérir les notions clés pour situer la prise en soin individualisée dans le système de santé et les bases du raisonnement clinique infirmier

- Le raisonnement clinique :
 - Recueil de données, grilles d'observation problèmes de santé ou pathologies, traitements pharmaceutiques, diagnostics infirmiers, construction d'un diagnostic de situation,
 - Projet de soin, projet de vie.
- Analyses de situations à partir de situations de soins.

Identifier les champs de compétence et d'activité de l'infirmière

- Code de déontologie – rôle propre / rôle sur prescription – autonomie de l'infirmière – référentiel activités et compétences de l'infirmière ;
- Protocole – procédure ;
- Transmissions, dossier patient informatisé.

Mettre en œuvre et analyser des techniques de soins

- Calculs de doses et préparation ;
- Formation aux soins infirmiers étudiés en 1^{ère} année de formation ;
- Rappels hygiène et asepsie ;
- Mise en situation de soins.

Analyser sa pratique professionnelle et ses acquis.

Séquence 3 (35h)

Domaine des sciences humaines, sociales et droit en lien avec les compétences 5, 6 et 7 du référentiel infirmier

Distinguer les notions de droit, morale, éthique

- Représentation et concepts en droit, éthique et déontologie.

Identifier les valeurs de la profession d'infirmière, intégrer les éléments des règles professionnelles et expliciter le lien avec la pratique

- Les droits de la personne soignée ;
- Les chartes, le code de déontologie ;
- Les actes, les règles et le secret professionnel ;
- Respect, laïcité et identité dans les soins.

Connaître les droits fondamentaux des personnes soignées et l'implication de ces droits dans la pratique professionnelle

- Législation en matière d'accès aux soins ;
- Les régimes de protection des personnes vulnérables.

Analyser et adapter sa pratique professionnelle au regard de la réglementation, de la déontologie, de l'éthique, et de l'évolution des sciences et des techniques

- Responsabilité juridique professionnelle infirmière ;
- Synthèse des apports théoriques, mobilisation des connaissances et des acquis de l'expérience.

Identifier l'organisation de la politique de santé et l'offre de soins, les grands principes de l'économie de la santé en France et dans le monde

- Introduction à la santé publique ;
- Concept en santé publique / indicateurs de santé/déterminants de santé ;
- Organisation du système de santé/veille et sécurité sanitaire ;
- Économie de la santé / organisation du système de santé ;
- Épidémiologie, santé des Français, santé dans le monde.

Identifier les principaux risques dans le domaine de la santé des personnes et de la population, intégrer les notions de risques et de danger

- Les différents types de risques dans le domaine de la santé ;
- Le risque et la sécurité sanitaire dans les établissements de santé.

Séquence 4 (70h)

Domaine des sciences biologiques et médicales en lien avec la compétence 4 du référentiel infirmier

Revoir la notion de processus physiopathologique en mobilisant les principes de la sémiologie

- Notion de processus et ses mécanismes ;
- Principes de la sémiologie et les pré requis en anatomie-physiologie.

Processus traumatique

Remobiliser la notion de processus traumatique physique et la survenue des pathologies traumatiques

- Les mécanismes d'apparition des traumatismes et leurs conséquences ;
- Lésions et traumatismes du squelette, des articulations et des membres ;
- Traumatismes crâniens et rachidiens ;
- Traumatismes thoraciques et abdomino-pelviennes ;
- Notions concernant le polytraumatisme.

Processus psychopathologique

Décrire les modèles d'analyse des troubles psychiques

Décrire les mécanismes d'apparition des problèmes de santé mentale et des pathologies psychiatriques

Identifier les signes, les modes de décompensation, les complications, les risques, les prises en charge des problèmes de santé mentale ou pathologies étudiées

- Structuration de la personnalité ;
- Du normal au pathologique, symptomatologie (notions d'équilibre, de régulation des tensions intrapsychiques, organisation défensive saine et dysfonctionnelle, de décompensation, crise et urgence ...) ;
- Modèles d'analyse des troubles psychiques (psychanalytique, humaniste, systémique, phénoménologique, cognitiviste, neurobiologique...)
- Décompensations spécifiques (névroses, psychoses, états limites (border line), organisations narcissiques perverses...)
- Types de thérapie des troubles psychiques (les psychothérapies, les techniques cognitivistes, comportementalistes, de réhabilitation psychosociale ...)
- Troubles du développement et facteurs favorisant ;
- Éléments de prise en charge (équipe, projet de soin, cadre thérapeutique, temporalité, fonction d'étayage et de contenance, et posture soignante (de la relation d'aide à la relation thérapeutique ...).

Séquence 5 (Stage de 175h)

Favoriser le changement de posture professionnelle et la construction identitaire d'un apprenant IDE

Mobiliser les connaissances et les acquis des séquences 1,2,3,4 dans les situations professionnelles rencontrées

Développer une démarche réflexive personnelle et des capacités d'analyse de ses pratiques professionnelles au regard des attendus de la profession IDE

Ce stage de 5 semaines en continu doit permettre de compléter les connaissances et compétences acquises. Il pourra se faire chez l'employeur mais dans un autre service que celui fréquenté initialement et être un lieu de stage habituel des étudiants en soins infirmiers (ESI) de semestre 2. Positionnement en tant qu'ESI de S2. Utilisation de la feuille de stage pour les compétences 1,2 et 4 (niveau attendu d'un ESI en semestre 2). »

Ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion
Ministère de la santé et de la prévention
Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées

**Tableau d'avancement complémentaire du 3 juillet 2023 au grade d'inspecteur général
des affaires sociales (Inspection générale des affaires sociales) - Année 2023**

NOR : MTRJ2330291B

Est inscrit au tableau d'avancement au grade d'inspecteur général des affaires sociales, au titre de l'année 2023, l'inspecteur des affaires sociales de 1^{ère} classe dont le nom suit :

- BONDONNEAU Nicolas.

Fait le 3 juillet 2023.

Le chef de l'Inspection générale
des affaires sociales,
Thomas AUDIGÉ



NOTE D'INFORMATION N° CNG/DGD/2023/112 du 4 juillet 2023 relative à la mise en œuvre des tableaux d'avancement au grade de la classe exceptionnelle et à l'échelon spécial de la classe exceptionnelle du corps des directeurs de soins, au titre de l'année 2024

La directrice générale du Centre national de gestion

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SPRN2318479N (numéro interne : 2023/112)
Date de signature	04/07/2023
Emetteur	Centre national de gestion Département de gestion des directeurs
Objet	Mise en œuvre des tableaux d'avancement au grade de la classe exceptionnelle et à l'échelon spécial de la classe exceptionnelle du corps des directeurs de soins, au titre de l'année 2024.
Contacts utiles	Département de gestion des directeurs Bureau de gestion des directeurs d'hôpital et des directeurs de soins Valérie GRASSER Tél. : 01 77 35 62 09 Mél. : cng-bureau-dirsoins@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	6 pages + 4 annexes (7 pages) Annexe 1 : Fiche de parcours professionnel pour l'accès au grade de directeur de soins de la classe exceptionnelle - Occupation d'emplois ou exercice de fonctions comportant un niveau élevé de responsabilité Annexe 2 : Fiche de proposition pour l'accès au grade de directeur de soins de la classe exceptionnelle 2024 Annexe 3 : Fiche de proposition pour l'accès à l'échelon spécial du grade de directeur de soins de classe exceptionnelle 2024 Annexe 4 : Corps des directeurs de soins - Grille indiciaire
Résumé	Tableaux d'avancement du corps des directeurs des soins : - Grade de la classe exceptionnelle ; - Échelon spécial du grade de la classe exceptionnelle.
Mention outre-mer	Cette note d'information est applicable en l'état à l'ensemble des Outre-mer.
Mots-clés	Classe exceptionnelle, échelon spécial, directeurs de soins
Classement thématique	Etablissements de santé / Personnel

Textes de référence	<ul style="list-style-type: none"> - Code de la santé publique ; - Code général de la fonction publique ; - Décret n° 88-976 du 13 octobre 1988 modifié relatif au régime particulier de certaines positions des fonctionnaires hospitaliers, à l'intégration et à certaines modalités de mise à disposition ; - Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 modifié portant statut particulier du corps des directeurs de soins de la fonction publique hospitalière ; - Décret n° 2020-719 du 12 juin 2020 relatif aux conditions générales de l'appréciation de la valeur professionnelle des fonctionnaires de la fonction publique hospitalière ; - Décret n° 2022-464 du 31 mars 2022 fixant l'échelonnement indiciaire applicable au corps des directeurs de soins de la fonction publique hospitalière ; - Arrêté du 1^{er} septembre 2005 relatif aux modalités d'évaluation des personnels de direction et des directeurs de 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 ; - Arrêté du 31 mars 2022 portant application de l'article 19-1 du décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur de soins de la fonction publique hospitalière ; - Arrêté du 31 mars 2022 fixant les pourcentages mentionnés aux articles 19-2 et 19-3 du décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur de soins de la fonction publique hospitalière.
Rediffusion locale	Les destinataires doivent diffuser la présente note aux personnels concernés placés sous leur autorité ainsi qu'aux établissements de leur ressort.
Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP du 23 juin 2023 - N° 49	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

En application du décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 modifié portant statut particulier du corps des directeurs de soins de la fonction publique hospitalière, il convient d'établir les tableaux d'avancement ci-après au titre de l'année 2024 :

- accès au grade de la classe exceptionnelle ;
- accès à l'échelon spécial de la classe exceptionnelle.

I°) Conditions d'accès au grade de directeur de soins de la classe exceptionnelle

1.1 - Au titre du vivier 1

L'accès au grade de la classe exceptionnelle est conditionné par l'occupation d'un ou plusieurs emplois ou fonctions correspondant à un niveau élevé de responsabilité. Les emplois ainsi définis dans l'article 1^{er} de l'arrêté du 31 mars 2022 portant application de l'article 19-1 du décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur de soins de la fonction publique hospitalière précité constituent le 1^{er} vivier.

Les conditions à remplir

En application de l'article 19-1.-I du statut particulier des directeurs de soins, l'avancement au grade de directeur de soins de la classe exceptionnelle est subordonné, pour le vivier 1 :

- d'une part, à une condition d'ancienneté (avoir au moins un an d'ancienneté dans le 4^{ème} échelon de directeur de soins hors classe), cette condition pouvant être remplie jusqu'au 31 décembre de l'année N, soit le 31 décembre 2023 au titre du tableau d'avancement 2024 ;
- d'autre part, à l'occupation préalable pendant 6 ans à la date du tableau d'avancement de services dans un ou plusieurs emplois ou fonctions correspondant à un niveau élevé de responsabilité :

1° Emplois fonctionnels mentionnés à l'article 1^{er} de l'arrêté du 7 janvier 2014 fixant la liste des emplois fonctionnels des directeurs de soins relevant du groupe II mentionné à l'article 1^{er} du décret n° 2014-8 du 7 janvier 2014 relatif aux conditions de nomination et d'avancement dans les emplois fonctionnels de directeur de 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 ;

2° Emplois fonctionnels mentionnés à l'article 1^{er} de l'arrêté du 7 janvier 2014 fixant le nombre d'emplois fonctionnels de directeur de soins de la fonction publique hospitalière et la liste des emplois fonctionnels du groupe I ;

3° Emplois de coordonnateur général des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans un établissement support d'un groupement hospitalier de territoire, à l'exclusion de ceux relevant des 1° et 2° de l'article 1^{er} de l'arrêté du 31 mars 2022 précité.

Les fonctions de même nature et de niveau équivalent à celles mentionnées ci-dessus, accomplies auprès des organisations internationales intergouvernementales ou des administrations des États membres de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen sont également, sous réserve de l'agrément préalable du ministre chargé de la fonction publique, prises en compte pour le calcul des six années d'exercice dans des fonctions correspondant à un niveau élevé de responsabilité.

1.2 - Au titre du vivier 2

Dans la limite de 20 % du nombre de promotions annuelles, les fonctionnaires du corps des directeurs de soins appartenant au grade de la hors classe et ayant atteint le dernier échelon de leur grade (9^{ème} échelon) et lorsqu'ils ont fait preuve d'une valeur professionnelle exceptionnelle, peuvent accéder à la classe exceptionnelle.

La « valeur professionnelle exceptionnelle » des directeurs de soins susceptibles d'être promus sera examinée, au cas par cas, afin d'apprécier le caractère exceptionnel et/ou spécifique du parcours professionnel du directeur de soins concerné.

Ainsi, il sera tenu compte :

- du niveau de responsabilités exercées dont par exemple : coordonnateur général des soins des établissements classés en emplois fonctionnels (EF) non supports de groupements hospitaliers de territoire (GHT), conseiller technique ou pédagogique national et régional, coordonnateur d'instituts de formation, direction fonctionnelle, intérim sur une durée significative, mise à disposition auprès d'autres établissements et exercice territorial élargi... ;
- des évaluations positives sur une durée significative ;
- du contexte d'exercice (Outre-mer, administration provisoire, exercice particulier ou difficile) ;
- de l'exercice de fonctions et missions stratégiques ;
- de la complexité des compétences (haut niveau des compétences d'expertise et/ou de négociations à haut niveau) ;
- de la proposition motivée du supérieur hiérarchique.

1.3 - La détermination du nombre de promotions au grade de la classe exceptionnelle

L'arrêté du 31 mars 2022, fixant les pourcentages mentionnés aux articles 19-2 et 19-3 du décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 modifié (portant statut particulier du corps de directeur de soins de la fonction publique hospitalière) précise, dans son article 1^{er}, le pourcentage de directeurs de soins de la hors classe pouvant accéder au grade de la classe exceptionnelle.

Ainsi, le nombre de directeurs de soins hors classe, pouvant être promus au grade de la classe exceptionnelle chaque année, est contingenté dans la limite d'un pourcentage appliqué à l'effectif des fonctionnaires du corps des directeurs de soins, considéré au 31 décembre de l'année précédant celle au titre de laquelle sont prononcées les promotions, soit le 31 décembre 2023 au titre du tableau d'avancement 2024. Ce pourcentage est fixé à 20 %.

Le nombre des promotions possibles est basé sur les effectifs du corps au 31 décembre 2023.

2°) Conditions d'accès à l'échelon spécial de la classe exceptionnelle

L'article 19-3 du décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 modifié, précité, a créé au sommet du grade de directeur de soins de la classe exceptionnelle, un échelon spécial contingenté, doté de la hors échelle B et accessible après inscription au tableau d'avancement.

2.1 - Les conditions à remplir

Peuvent accéder au choix, par voie d'inscription à un tableau annuel d'avancement, à l'échelon spécial du grade de directeur des soins de classe exceptionnelle :

- soit les directeurs des soins titulaires du grade de directeur des soins de classe exceptionnelle ayant au moins trois ans d'ancienneté dans le 4^{ème} échelon de leur grade et exerçant leurs fonctions dans l'un de établissements mentionnés à l'article L. 5 du Code général de la fonction publique ;
- soit les directeurs des soins qui ont atteint, lorsqu'ils ont ou avaient été détachés dans un emploi fonctionnel, un échelon doté d'un groupe hors échelle.

2.2 - La détermination du nombre de promotions à l'échelon spécial de la classe exceptionnelle

L'arrêté du 31 mars 2022, fixant les pourcentages mentionnés aux articles 19-2 et 19-3 du décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 modifié (portant statut particulier du corps de directeur de soins de la fonction publique hospitalière) précise, dans son article 2, le pourcentage de directeurs de soins de classe exceptionnelle pouvant accéder à l'échelon spécial de la classe exceptionnelle. Ce pourcentage est fixé à 15 %.

3°) Documents à fournir

Pour le tableau d'avancement 2024, je vous serais obligée de bien vouloir me faire parvenir l'ensemble des documents dûment complétés et signés, listés ci-dessous, avant le :

le vendredi 29 décembre 2023

- ***pour l'accès au grade de directeur de soins de la classe exceptionnelle :***

La mise en œuvre de la voie d'accès au grade de directeur de soins de classe exceptionnelle (2^{ème} vivier) demande un examen approfondi du parcours professionnel de l'agent. C'est la raison pour laquelle, j'appelle votre attention sur la nécessité de remplir les documents ci-dessous de manière complète et précise et d'apporter tous les justificatifs nécessaires à l'étude des dossiers.

- Les fiches individuelles de proposition à remplir par l'évaluateur (annexe 2) :
 - La fiche individuelle de proposition comprend une rubrique « appréciation motivée de l'évaluateur », sur la manière de servir du directeur de soins éligible ;
 - L'appréciation littérale doit être développée et argumentée. Elle doit mettre en avant la valeur et les qualités professionnelles de l'intéressé, les points forts observés dans sa manière de servir. Elle doit également tenir compte de la progression dans les responsabilités de haut niveau qui lui auront été confiées tout au long de sa carrière.

- Les fiches individuelles de parcours professionnel (annexe 1) dûment complétées, signées par les intéressés et accompagnées obligatoirement des pièces justificatives nécessaires à l'examen de l'éligibilité :
 - La fiche de parcours professionnel doit être renseignée par les intéressés, avec précision. La description très complète des emplois et fonctions exercées est essentielle pour mettre en évidence les hautes responsabilités exercées ;
 - Cette fiche de parcours professionnel doit également être accompagnée de toutes les pièces justificatives permettant d'apprécier les éléments les plus objectifs et les plus précis possibles sur le parcours du directeur d'hôpital.
- l'évaluation 2023 du ou des intéressés

- ***pour l'accès à l'échelon spécial du grade de directeur de soins de la classe exceptionnelle :***
 - Les fiches individuelles de proposition à remplir par l'évaluateur (annexe 3)

J'insiste sur le caractère obligatoire de la motivation, par l'évaluateur, de la proposition ou de la non-proposition des directeurs de soins et directrices de soins éligibles à l'un ou l'autre tableaux d'avancement. Cette motivation permet aux intéressés d'utiliser, le cas échéant, les voies de recours.

L'ensemble des documents susmentionnés sont à adresser **exclusivement par la voie postale** à l'adresse suivante :

CENTRE NATIONAL DE GESTION
Département de gestion des directeurs
Bureau de gestion des directeurs d'hôpital et des directeurs de soins
21B, rue Leblanc
75015 PARIS

La directrice générale
du Centre national de gestion

signé

Marie-Noëlle GERAIN BREUZARD

**Annexe 1****CORPS DES DIRECTEURS DES SOINS**

**FICHE DE PARCOURS PROFESSIONNEL
POUR L'ACCÈS AU GRADE DE DIRECTEUR DE SOINS DE LA CLASSE EXCEPTIONNELLE
OCCUPATION D'EMPLOIS OU EXERCICE DE FONCTIONS COMPORTANT
UN NIVEAU ÉLEVÉ DE RESPONSABILITÉ**

FICHE À REMPLIR PAR LE DIRECTEUR DES SOINS ÉVALUÉ

Pour chacun des emplois et/ou des fonctions mentionnées ci-dessous, vous indiquerez, le cas échéant, si vous les avez occupé(e)s en décrivant précisément le contenu. Vous mentionnerez la durée correspondante précise.



ATTENTION : c'est à vous de justifier de l'expérience décrite ci-dessous : vous transmettez à cet effet **toutes les pièces justificatives nécessaires (organigramme, délégation de signature, PV d'installation, etc.)**

Cette fiche ainsi que toutes les pièces qui vous sont demandées doivent être transmises par l'évaluateur au CNG.

Madame Monsieur (*cocher la case correspondante*)

NOM D'USAGE :

NOM DE FAMILLE :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

INTITULÉ DES FONCTIONS OCCUPÉES (selon l'organigramme) :

(en toutes lettres)

FONCTIONS OCCUPÉES DEPUIS LE :

ÉTABLISSEMENT D'AFFECTATION :

VOTRE ADRESSE DE MESSAGERIE ÉLECTRONIQUE :

DATE D'ANCIENNETÉ DANS LE GRADE DE DIRECTEUR DES SOINS HORS CLASSE	
---	--

ÉCHELON ACTUEL DANS LE GRADE DE DIRECTEUR DES SOINS HORS CLASSE	
--	--

DATE DE NOMINATION DANS CET ÉCHELON	
--	--

Emploi figurant au I de l'article 19-1 du décret n° 2002-550-921 du 19 avril 2002 modifié (vivier I)	Intitulé de l'emploi	Période du au	
1° Emplois fonctionnels mentionnés à l'article 1 ^{er} de l'arrêté du 7 janvier 2014 fixant la liste des emplois fonctionnels des directeurs des soins relevant du groupe II mentionné à l'article 1 ^{er} du 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.			
2° Emplois fonctionnels mentionnés à l'article 1 ^{er} de l'arrêté du 7 janvier 2014 fixant le nombre d'emplois fonctionnels de directeur des soins de la fonction publique hospitalière et la liste des emplois fonctionnels du groupe I.			
3° Emplois de coordonnateur général des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans un établissement support d'un groupement hospitalier de territoire, à l'exclusion de ceux relevant des 1° et 2° ci-dessus.			
4° Emplois de même nature et de niveau équivalent à celles mentionnées aux 1°, 2° et 3° ci-dessus, accomplies auprès des organisations internationales intergouvernementales ou des administrations des États membres de l'Union européenne ou d'un autre état partie à l'accord sur l'Espace économique européen, sous réserve de l'agrément préalable du ministre chargé de la fonction publique.			

Éléments du parcours attestant d'une valeur professionnelle exceptionnelle conformément au paragraphe 1.2 de la note d'information n° CNG/DGD/2023/112 du 4 juillet 2023 du Centre national de gestion (vivier II)	Description	Période du au	
	<p>Vous présentez les éléments exceptionnels et/ou spécifiques de votre carrière, et plus particulièrement au niveau :</p> <ul style="list-style-type: none"> - stratégique et/ou de responsabilité des fonctions ; - des fonctions managériales ; - des compétences en matière d'expertise et/ou de négociation. <p>Cf. Lignes directrices de gestion GRAF directeurs des soins disponibles sur notre site internet</p>		

Date et signature de l'intéressé (e)

précédées de la mention manuscrite :

"Je, soussignécertifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur le présent document".

**Annexe 2**

**CORPS DES DIRECTEURS DES SOINS
FICHE DE PROPOSITION POUR L'ACCÈS AU GRADE
DE DIRECTEUR DES SOINS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE
2024**

1. IDENTIFICATION DE L'AGENT

Madame Monsieur (*cocher la case correspondante*)

NOM D'USAGE :
NOM DE FAMILLE :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

INTITULÉ DES FONCTIONS OCCUPÉES (selon l'organigramme) :
(*en toutes lettres*)

ÉTABLISSEMENT D'AFFECTATION :

Adresse de messagerie professionnelle :

DATE D'ANCIENNETÉ DANS LE GRADE DE DIRECTEUR DES SOINS HORS CLASSE	
ÉCHELON ACTUEL DANS LE GRADE DE DIRECTEUR DES SOINS HORS CLASSE	
DATE DE NOMINATION DANS CET ÉCHELON	

2. NIVEAU DE RESPONSABILITÉ DE L'EMPLOI OU DE LA FONCTION OCCUPÉE ACTUELLEMENT

2.1 Dénomination et positionnement de l'emploi ou de la fonction dans l'organigramme	
2.2 Caractéristiques de l'emploi ou de la fonction occupée actuellement (management, effectifs encadrés, mise en œuvre d'une politique, etc.)	

3. APPRÉCIATION MOTIVÉE DE L'ÉVALUATEUR ⁽¹⁾

(1) L'appréciation motivée doit être complétée que l'intéressé soit proposé ou non.

Appréciations motivées de la proposition ou non proposition :

PROPOSÉ

NON PROPOSÉ

Nom-Prénom de l'évaluateur :

Qualité :

Date et signature :

Date et signature de l'évalué :

**Annexe 3**

**CORPS DES DIRECTEURS DES SOINS
FICHE DE PROPOSITION POUR L'ACCÈS À L'ÉCHELON SPÉCIAL
DU GRADE DE DIRECTEUR DES SOINS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE
2024**

Madame Monsieur *(cocher la case correspondante)*

NOM D'USAGE :
NOM DE FAMILLE :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

INTITULÉ DES FONCTIONS OCCUPÉES (selon l'organigramme) :
(en toutes lettres)

ÉTABLISSEMENT D'AFFECTATION :

Adresse de messagerie professionnelle :

DATE D'ANCIENNETÉ DANS LE GRADE DE DIRECTEUR DES SOINS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE	
ÉCHELON ACTUEL DANS LE GRADE DE DIRECTEUR DES SOINS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE	
DATE DE NOMINATION DANS CET ÉCHELON	

Appréciations motivées de la proposition ou non proposition :

PROPOSÉ

NON PROPOSÉ

Nom-Prénom de l'évaluateur :

Date et signature de l'évalué :

Qualité :

Date et signature :

Annexe 4
**CORPS DES DIRECTEURS DES SOINS
GRILLE INDICIAIRE**

CLASSE NORMALE				
CL	ÉCHELON	Durée mois	Indice brut	Indice majoré
N	9 ^{ème} échelon		991	803
N	8 ^{ème} échelon	36	965	782
N	7 ^{ème} échelon	36	922	750
N	6 ^{ème} échelon	24	886	722
N	5 ^{ème} échelon	24	841	688
N	4 ^{ème} échelon	24	794	653
N	3 ^{ème} échelon	12	751	620
N	2 ^{ème} échelon	12	718	595
N	1 ^{er} échelon	12	693	575

HORS CLASSE				
CL	ÉCHELON	Durée mois	Indice brut*	Indice majoré
H	9 ^{ème} échelon hors échelle A 3 ^{ème} chevron			972
H	9 ^{ème} échelon hors échelle A 2 ^{ème} chevron	12		925
H	9 ^{ème} échelon hors échelle A 1 ^{er} chevron	12		890
H	8 ^{ème} échelon	36	1027	830
H	7 ^{ème} échelon	36	1015	821
H	6 ^{ème} échelon	24	986	799
H	5 ^{ème} échelon	24	956	775
H	4 ^{ème} échelon	24	925	752
H	3 ^{ème} échelon	12	897	730
H	2 ^{ème} échelon	12	856	699
H	1 ^{er} échelon	12	815	668

CLASSE EXCEPTIONNELLE				
CL	ÉCHELON	Durée mois	Indice brut*	Indice majoré
Exceptionnelle	Échelon spécial hors échelle B - 3 ^{ème} chevron			1067
Exceptionnelle	Échelon spécial hors échelle B - 2 ^{ème} chevron	12		1013
Exceptionnelle	Échelon spécial hors échelle B - 1 ^{er} chevron	12		972
Exceptionnelle	4 ^{ème} échelon hors échelle A - 3 ^{ème} chevron	12		972
Exceptionnelle	4 ^{ème} échelon hors échelle A - 2 ^{ème} chevron	12		925
Exceptionnelle	4 ^{ème} échelon hors échelle A - 1 ^{er} chevron	12		890
Exceptionnelle	3 ^{ème} échelon	30	1027	830
Exceptionnelle	2 ^{ème} échelon	24	1015	821
Exceptionnelle	1 ^{er} échelon	18	989	801

* Décret n° 2017-85 du 26 janvier 2017 : « tableau des traitements et soldes bruts des établissements publics d'hospitalisation »



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

INSTRUCTION INTERMINISTÉRIELLE N° DGOS/RH1/DGESIP/DGRH/2023/84 du 4 juillet 2023 relative à la suspension de l'obligation vaccinale contre la Covid-19 pour les étudiants et élèves en santé, les étudiants des formations préparant à l'exercice des professions à usage de titre et les personnels enseignants et hospitaliers titulaires et non titulaires des centres hospitaliers universitaires

Le ministre de la santé et de la prévention
La ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé
Mesdames et Messieurs les présidents d'université
Mesdames et Messieurs les directeurs
des unités de formation et de recherche

Référence	NOR : SPRH2314524J (numéro interne : 2023/84)
Date de signature	04/07/2023
Emetteurs	Ministère de la santé et de la prévention Direction générale de l'offre de soins Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle Direction générale des ressources humaines
Objet	Suspension de l'obligation vaccinale contre la Covid-19 pour les étudiants et élèves en santé, les étudiants des formations préparant à l'exercice des professions à usage de titre et les personnels enseignants et hospitaliers titulaires et non titulaires des centres hospitaliers universitaires.
Commande	Mettre en œuvre la fin de l'obligation vaccinale contre la Covid-19 et appliquer les modalités de réintégration et réaffectation des étudiants et élèves en santé et réaffectation des personnels enseignants et hospitaliers à la suite de la suspension de l'obligation vaccinale contre la Covid-19.
Action à réaliser	Pour les directeurs généraux des agences régionales de santé : diffusion aux centres hospitaliers universitaires, écoles et instituts de formation paramédicaux et établissements dispensant des formations préparant aux professions à usage de titre.
Échéance	Les étudiants et élèves souhaitant intégrer la formation alors que leur inscription avait été suspendue, devront manifester leur volonté auprès du directeur de l'école, de l'institut ou du président de l'université, avant le 15 juillet 2023.

Contacts utiles	<p>Direction générale de l'offre de soins Sous-direction des ressources humaines du système de santé Bureau de la démographie et des formations initiales (RH1) Mél. : DGOS-RH1@sante.gouv.fr</p> <p>Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle Département des formations en santé (DGESIP A1-4) Mél : formationsante@enseignementsup.gouv.fr</p>
Nombre de pages et annexe	<p>9 pages + 1 annexe (1 page) Annexe - Schéma des situations de reprise de formation pour les étudiants en formation médicale</p>
Résumé	<p>La présente instruction précise les modalités relatives à la suspension de l'obligation vaccinale contre la Covid-19 pour les étudiants et élèves des formations préparant aux professions de santé médicales et non médicales, les étudiants des formations préparant à l'exercice des professions à usage de titre et les personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers universitaires.</p>
Mention Outre-mer	<p>Cette instruction s'applique sans spécificité aux Outre-mer.</p>
Mots-clés	<p>Covid-19 - suspension de l'obligation - étudiants en santé - élèves en santé - personnels enseignants et hospitaliers titulaires et non titulaires - universités - écoles et instituts paramédicaux.</p>
Classement thématique	<p>Professions de santé</p>
Textes de référence	<ul style="list-style-type: none"> - Code de la santé publique ; - Code de l'éducation ; - Décret n° 2021-1645 du 13 décembre 2021 relatif au personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers universitaires ; - Décret n° 2023-368 du 13 mai 2023 relatif à la suspension de l'obligation de vaccination contre la Covid-19 ; - Arrêté du 1^{er} juin 2023 relatif à la suspension de l'obligation vaccinale contre la Covid-19 pour les étudiants et élèves paramédicaux et dans certaines formations menant à une profession à usage de titre.
Instruction abrogée	<p>Instruction interministérielle n° DGOS/RH1/DGESIP/A1-4-DFS/2021/192 du 7 septembre 2021 relative à la mise en œuvre de l'obligation vaccinale pour les étudiants et élèves en santé, les étudiants des formations préparant à l'exercice des professions à usage de titre et les personnels enseignants et hospitaliers titulaires et non titulaires ainsi qu'à l'organisation de la rentrée 2021 dans les écoles et instituts de formation paramédicaux.</p>
Circulaire / instruction modifiée	<p>Néant</p>
Rediffusion locale	<p>Les centres hospitaliers universitaires, établissements, universités, écoles et instituts de formation préparant à l'exercice de professions de santé mentionnées à la quatrième partie du Code de la santé publique et à l'exercice des professions à usage de titre et les personnels enseignants et hospitaliers.</p>
<p>Validée par le CNP le 26 mai 2023 - Visa CNP 2023-40</p>	

Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

La Haute Autorité de santé (HAS), dans son avis rendu le 31 mars 2023, a préconisé de lever l'obligation vaccinale contre la Covid-19. Bien que la vaccination soit toujours fortement recommandée, cet avis engendre la suspension de l'obligation vaccinale.

Le décret n° 2023-368 du 13 mai 2023 prévoit la suspension de l'obligation vaccinale contre la Covid-19, prévue par l'article 12 de la loi du 5 août 2021¹, notamment pour les professionnels de santé et pour les étudiants et élèves en santé, les étudiants des formations préparant à l'exercice des professions à usage de titre.

Pour les personnels enseignants et hospitaliers, la suspension de l'obligation vaccinale est entrée en vigueur le lendemain de la publication du décret n° 2023-368 du 13 mai 2023. Cette suspension implique la réaffectation des professionnels suspendus jusqu'alors, au regard d'une absence de respect des conditions de l'obligation vaccinale. Il appartiendra aux employeurs de donner la possibilité aux personnels concernés de reprendre une activité professionnelle.

L'arrêté du 1^{er} juin 2023 relatif à la suspension de l'obligation vaccinale contre la Covid-19 pour les étudiants et élèves paramédicaux et dans certaines formations menant à une profession à usage de titre **définit les modalités de reprise de la formation pour les étudiants et élèves dont la formation a été suspendue.**

1. Communication et promotion de la vaccination

Bien que l'obligation vaccinale contre la Covid-19 soit suspendue, elle reste fortement recommandée, y compris les rappels à distance de la primovaccination, pour l'ensemble des professionnels et étudiants en santé, en particulier pour les professions en contacts réguliers avec des personnes immunodéprimées ou vulnérables.

Par ailleurs, la HAS préconise que soient respectées les recommandations du Haut Conseil de la santé publique sur les gestes barrières en milieu de soins.

2. Rappel des formations dont les étudiants et élèves en santé étaient concernés par l'obligation vaccinale contre la Covid-19

Depuis le 16 octobre 2021, les étudiants/élèves des **formations médicales, paramédicales et menant à une profession à usage de titre** ainsi que **des étudiants des formations préparant à l'exercice des professions à usage de titre**, qu'ils soient en formation initiale ou continue, devaient justifier d'un schéma vaccinal complet contre la Covid-19.

Cette obligation valait également pour les formateurs professionnels de santé couverts par l'obligation vaccinale au titre de l'article 12 de la loi n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire.

S'agissant des **étudiants des formations médicales**, étaient plus précisément concernés tous les étudiants des formations de médecine, de maïeutique, d'odontologie et de pharmacie (formations MMOP) à compter de leur admission en 2^{ème} année jusqu'à la fin du 3^{ème} cycle, dont ceux ne participant pas à l'activité hospitalière.

¹ Loi n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire.

S'agissant des autres **étudiants et élèves concernés**, les formations visées par l'obligation vaccinale étaient les suivantes : préparateurs en pharmacie et préparateurs en pharmacie hospitalière, médecins, infirmiers, infirmiers anesthésistes, infirmiers de bloc opératoire, puéricultrices, infirmiers en pratique avancée, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers, assistants de régulation médicale, assistants dentaires, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens lunetiers, prothésistes et orthésistes, diététiciens, chiropracteurs, ostéopathes, psychologues et psychothérapeutes.

Enfin, seuls les étudiants/élèves qui bénéficiaient d'une contre-indication définitive au sens de l'article 4 du décret n° 2022-1097 du 30 juillet 2022 relatif aux mesures de veille et de sécurité sanitaire maintenues en matière de lutte contre la Covid-19, pouvaient déroger de manière pérenne à l'obligation vaccinale.

3. La suspension de l'obligation vaccinale contre la Covid-19 pour les étudiants et élèves en santé

3.1. Cas des étudiants/élèves santé paramédicaux et menant à une profession à usage de titre

- *Étudiants et élèves dont la procédure de primo-inscription a été suspendue*

Les étudiants/élèves paramédicaux et menant à une profession à usage de titre qui étaient admis à accéder ou suivre une formation, et en cours d'inscription mais qui ont refusé de se faire vacciner, ont vu **leur procédure d'inscription suspendue**.

Ces étudiants/élèves ont **conservé le bénéfice de la sélection et de leur admission**, qu'elle résulte d'une inscription via Parcoursup ou d'une autre voie de sélection.

Dès lors que l'obligation vaccinale est désormais suspendue, les étudiants/élèves **souhaitant intégrer la formation alors que leur inscription avait été suspendue, devront manifester leur volonté auprès du directeur de l'école/institut ou du président de l'université, avant le 15 juillet 2023.**

- *Étudiants/élèves dont la formation a été suspendue*

Les étudiants/élèves paramédicaux et menant à une profession à usage de titre ne satisfaisant pas à l'obligation vaccinale ont vu leur formation suspendue par le directeur de l'école/institut ou le président de l'université.

Les établissements de formation communiquent aux étudiants/élèves dont la formation a été suspendue leur **droit à réintégrer** la formation, en leur précisant qu'ils doivent **manifester leur volonté de reprendre la formation, avant le 15 juillet 2023.**

Le directeur d'institut/école ou le président de l'université définit les modalités de reprise de formation pour les étudiants/élèves qui souhaitent réintégrer leur formation.

Le directeur d'institut/école en informe l'instance compétente pour le suivi pédagogique des étudiants ou élèves.

Pour les étudiants inscrits en formation universitaire, le directeur de l'unité de formation et de recherche (UFR) détermine les conditions de reprise de la formation au regard du parcours de formation validé avant la suspension.

Dans le cas où l'étudiant ou l'élève suivait la formation en alternance, lorsque son contrat a été suspendu en raison d'un refus de se conformer à l'obligation vaccinale, la durée de cette suspension n'est pas assimilable à une période de travail effectif. En conséquence, aucun congé payé ni droit légal ou conventionnel ne peut être généré durant cette période.

Si le contrat est encore en cours d'exécution à la date de l'entrée en vigueur de la suspension de l'obligation, l'étudiant/élève peut reprendre son poste et l'employeur est chargé d'en informer son établissement de formation.

Si le contrat est arrivé à échéance pendant la période de validité de l'obligation vaccinale, il n'y a plus de lien entre l'établissement et l'étudiant/élève. Celui-ci doit rechercher un autre employeur s'il souhaite reprendre la formation en alternance. S'il ne conclut pas de nouveau contrat, l'étudiant ou l'élève peut s'inscrire ou réintégrer la formation sans contrat d'alternance si elle le permet. Il informe directement son établissement de formation de son souhait de s'inscrire ou réintégrer la formation.

→ **Les modalités de reprise de formation pour les étudiants et élèves non médicaux sont précisées par l'arrêté du 1^{er} juin 2023.**

3.2. Cas des étudiants en formation médicale

Depuis le 16 octobre 2021, les étudiants admis à accéder ou suivre une formation préparant à l'exercice des professions de santé médicales devaient se soumettre à l'obligation vaccinale.

Les étudiants non vaccinés ont vu **leur inscription ou leur formation suspendue par le président de l'université.**

Pour l'ensemble des formations préparant à l'exercice des professions de santé médicales, sauf situation de handicap², la **durée de conservation du bénéfice des notes ou des résultats** dans une unité d'enseignement **dépend du règlement de l'université dans laquelle l'étudiant est inscrit.**

Les différents cas sont schématisés en annexe et présentés ci-dessous :

- **Étudiants dont la procédure de primo-inscription ou de renouvellement d'inscription a été suspendue**
- **Si l'étudiant souhaite intégrer ou réintégrer la formation à la rentrée universitaire 2023-2024 :**

Pour ces étudiants, la reprise de la formation devra intervenir dans le respect des **calendriers d'inscription définis par les universités.**

- **Si l'étudiant ne souhaite pas intégrer ou réintégrer la formation à la rentrée universitaire 2023-2024 :**

Sur le fondement des articles D. 611-13 à D. 611-20 du Code de l'éducation, l'étudiant peut suspendre temporairement ses études dans le but d'acquérir une expérience personnelle ou professionnelle, dénommée « période de césure ». Les modalités de réalisation sont prévues aux articles susmentionnés, sa durée ne pouvant être inférieure à celle d'un semestre universitaire, ni supérieure à deux semestres consécutifs.

Par ailleurs, le Code de la santé publique prévoit que l'étudiant de médecine³, d'odontologie⁴ ou de maïeutique⁵ peut bénéficier d'un congé annuel de trente jours ouvrables et, au cours du deuxième cycle, sur sa demande, après accord de l'unité de formation et de recherche et du directeur du centre hospitalier universitaire de rattachement, bénéficier d'un congé supplémentaire de trente jours ouvrables, non rémunéré.

² 2° de l'article D. 613-26 du Code de l'éducation.

³ Article R. 6153-58 du Code de la santé publique.

⁴ Article R. 6153-72 du Code de la santé publique.

⁵ Article R. 6153-106 du Code de la santé publique.

➤ **Si l'état de santé de l'étudiant ne lui permet pas de reprendre la formation à la rentrée universitaire 2023-2024 :**

Si l'étudiant hospitalier de médecine⁶, d'odontologie⁷, de pharmacie⁸ ou de maïeutique⁹, inscrit à l'UFR, est dans une situation de maladie ou d'infirmité dûment constatée le mettant dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, alors il a droit à un mois de congé au maximum pendant lequel il perçoit la totalité de sa rémunération et à un mois pendant lequel il perçoit la moitié de cette rémunération.

- Étudiants de 3^{ème} cycle des études de médecine, pharmacie et d'odontologie

Pour les étudiants de troisième cycle, la non-conformité à l'obligation vaccinale a entraîné la **suspension** des enseignements en stage et hors-stage ainsi que, le cas échéant, la **non-validation du semestre** et l'**interruption du versement de leur rémunération**.

➤ **Si l'étudiant souhaite intégrer ou réintégrer la formation à la rentrée universitaire 2023-2024 :**

Pour ces étudiants, la reprise de la formation devra **intervenir dans le respect des calendriers d'inscription définis par les universités**.

Si la suspension de formation pour cause de non-respect de l'obligation vaccinale contre la Covid-19 a entraîné la **non validation d'une phase de formation** dans le délai correspondant à deux fois la durée réglementaire prévue par la maquette de formation du diplôme, il est rappelé que les articles R. 632-19, R. 634-15 et D. 633-15 du Code de l'éducation permettent au **président de l'université**, après avis ou proposition du directeur de l'unité de formation et de recherche, selon la formation visée, **d'accorder une dérogation exceptionnelle** afin **d'autoriser un étudiant de 3^{ème} cycle à s'inscrire à l'université**.

Dans le cadre de la levée de l'obligation vaccinale contre la Covid-19, **les présidents d'université sont invités à faire usage de ces dérogations exceptionnelles afin de permettre à l'étudiant concerné de s'inscrire à l'université**.

➤ **Si l'étudiant ne souhaite pas intégrer ou réintégrer la formation à la rentrée universitaire 2023-2024 :**

Si l'étudiant a validé sa phase, l'étudiant peut s'inscrire à l'université et demander soit une période de césure, soit une disponibilité selon les motifs prévus à l'article R. 6153-26 du Code de la santé publique.

➤ **Si l'état de santé de l'étudiant ne lui permet pas de reprendre la formation à la rentrée universitaire 2023-2024 :**

L'étudiant peut bénéficier de congé de maladie, sur présentation d'un certificat médical, dans la limite d'une durée de douze mois consécutifs (articles R. 6153-1-12 et R. 6153-17 du Code de la santé publique).

À l'issue des douze mois, l'étudiant peut demander un congé supplémentaire de douze mois si le comité médical reconnaît son incapacité comme temporaire. À l'issue de ce nouveau congé, le comité estime si l'intéressé peut reprendre ses fonctions ou s'il doit être mis fin à celles-ci (articles R. 6153-18 et R. 6153-1-12 du Code de la santé publique).

⁶ Article R. 6153-58 du Code de la santé publique.

⁷ Article R. 6153-72 du Code de la santé publique.

⁸ Article R. 6153-85 du Code de la santé publique.

⁹ Article R. 6153-106 du Code de la santé publique.

4. La suspension de l'obligation vaccinale contre la Covid-19 pour les membres du personnel enseignant et hospitalier titulaires et non titulaires

4.1 Situation administrative des membres du personnel enseignant et hospitalier suspendus pour absence du respect de l'obligation vaccinale

Les membres titulaires du **personnel enseignant et hospitalier** suspendus pour absence de respect de l'obligation vaccinale **sont demeurés en position d'activité** conformément à la loi n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire et en application de l'article L. 511-1 du Code général de la fonction publique.

Il en est de même pour les membres non titulaires du personnel enseignant et hospitalier dont la durée de nomination est encore en cours lors de la suspension de l'obligation vaccinale.

Les membres non-titulaires du personnel enseignant et hospitalier dont **la nomination est arrivée à échéance pendant la période de suspension liée au refus de l'obligation vaccinale** n'ont plus aucun lien avec le centre hospitalier universitaire et l'université. **Ils ne sont donc pas concernés par la présente instruction.**

Les périodes de suspension :

- n'ont pas généré de droits à congés ;
- n'ont pas été prises en compte comme périodes ouvrant des droits à l'avancement ;
- n'ont pas été prises en compte pour la constitution des droits à pension.

Enfin, il convient de préciser que la décision de suspension n'est pas une sanction disciplinaire et est à distinguer de la suspension prévue à l'article 26 du décret n° 2021-1645 du 13 décembre 2021 relatif au personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers universitaires.

4.2. Effets de la suspension de l'obligation vaccinale

La fin de l'obligation vaccinale met fin au motif de suspension des membres du personnel enseignant et hospitalier et les rétablit dans leurs fonctions et leurs droits statutaires.

➤ Initiative de la reprise d'activité

La suspension de l'obligation vaccinale s'applique au lendemain de la publication du décret décret n° 2023-368 du 13 mai 2023. **À compter du 15 mai 2023, et si possible dans un délai de deux semaines**, il revient au président de l'université et au directeur général du centre hospitalier universitaire d'informer les professionnels concernés de la levée de la suspension **par courrier avec accusé de réception ou remise en main propre.**

Ces employeurs invitent les professionnels concernés à reprendre leur activité professionnelle, et peuvent fixer une date de reprise effective du travail. L'agent peut également contacter le centre hospitalier universitaire et l'université pour leur signifier son intention de reprendre son activité.

La fin de la suspension de l'agent entraîne l'obligation de le rémunérer, y compris entre la date de fin de suspension et la réaffectation dans l'emploi. Les agents non vaccinés qui ont bénéficié d'une disponibilité ou d'un congé parental sont réintégrés en application des dispositions de droit commun pour ces positions statutaires. Il est rappelé que les périodes non travaillées au regard de la suspension pour non-respect de l'obligation vaccinale ne peuvent donner lieu à aucune rémunération.

Une visite médicale par les services de santé au travail, non obligatoire sur un plan réglementaire, est encouragée afin de s'assurer que l'ensemble des conditions nécessaires au retour de l'agent sont bien réunies.

➤ **Modalités de réaffectation**

Le membre du personnel enseignant et hospitalier titulaire et non titulaire dont la nomination est encore en cours lors de la suspension de l'obligation vaccinale a le droit de reprendre ses fonctions sur le poste qu'il occupait.

Cette réaffectation fait l'objet d'une décision conjointe du directeur général du centre hospitalier universitaire et du président de l'université qui en informe le directeur de l'unité de formation et de recherche concernée.

Si le professionnel refuse de reprendre son poste, il peut faire l'objet d'une radiation des cadres (fonctionnaire) ou des effectifs (pour un contractuel) pour abandon de poste sans que la procédure disciplinaire ne doive être engagée mais seulement après mise en demeure, selon la procédure de droit commun.

La mise en demeure est effectuée par courrier recommandé avec avis de réception. Par ce courrier, le directeur général du centre hospitalier universitaire et le président de l'université ordonnent au professionnel de reprendre son service avant une date limite et l'informe du risque de radiation des cadres ou des effectifs sans procédure disciplinaire préalable.

Si le professionnel ne se présente pas à son poste de travail dans le délai fixé et ne fournit aucun justificatif de son absence, les deux établissements constatent l'abandon de poste et peuvent prendre la décision de radiation à une date qui ne peut être antérieure à la date d'expiration du délai fixé dans la mise en demeure. Le professionnel n'est pas rémunéré à compter de la date d'absence jusqu'à la radiation. S'il se présente mais ne fournit aucun justificatif de son absence, il peut faire l'objet d'une procédure disciplinaire. (cf. circulaire n°463/FP du 11 février 1960 relative à l'abandon de poste par un fonctionnaire).

En cas de demande de changement de poste par l'intéressé :

- S'il s'agit d'un agent titulaire, sa situation sera étudiée dans le cadre de la révision générale des effectifs hospitalo-universitaires ;
- S'il s'agit d'un agent non titulaire, son affectation sur un autre emploi au terme de la suspension pour refus de satisfaire à l'obligation vaccinale n'est pas de droit. Elle doit faire l'objet d'une demande expresse de l'intéressé et être acceptée par le directeur général du centre hospitalier universitaire et le directeur de l'unité de formation et de recherche concernée qui procèdent à un arrêté de nouvelle affectation pour la durée de la nomination restant à courir.

➤ **Leviers mobilisables en cas de difficultés**

La médiation nationale a par ailleurs été saisie pour les personnels des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux afin qu'elle puisse coordonner l'ensemble des actions qui s'avèreraient nécessaires à la réintégration des professionnels concernés pour les situations les plus sensibles, en appui, soutien et accompagnement aux gouvernances et professionnels concernés, grâce à la mobilisation du réseau de ses médiateurs régionaux et interrégionaux en lien avec les agences régionales de santé.

Les directeurs d'établissements, les présidents de commission médicale d'établissement et le directeur de l'unité de formation et de recherche peuvent faire appel au dispositif de médiation nationale en s'adressant par courriel aux adresses suivantes :

- gvt-mEDIATEURNATIONAL@sante.gouv.fr ;
- danielle.toupillier@sante.gouv.fr ;
- claudine.chretien@sante.gouv.fr.

Pour rappel, le décret n° 2019-897 du 28 août 2019 instituant un médiateur national et des médiateurs régionaux ou interrégionaux pour les personnels des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux prévoit qu'outre la sollicitation dans le cadre de relations professionnelles difficiles ou des conflits interpersonnels/institutionnels, les médiateurs régionaux et interrégionaux, en lien avec la médiation nationale, peuvent être contactés pour une mission d'appui, de conseil ou d'accompagnement à la reprise d'activité de professionnels ayant fait l'objet d'un éloignement long du service consécutif ou en prévention de telles difficultés pour restaurer écoute et dialogue. Cette sollicitation peut ainsi être réalisée dans une perspective préventive.

➤ **Effets de la suspension sur la carrière du salarié suspendu**

Le membre du personnel enseignant et hospitalier suspendu ne peut se prévaloir d'aucune reconstitution de sa carrière pendant la période durant laquelle il a été écarté du service (droit à l'avancement ou aux promotions internes, traitements, congés, reconstitution des droits sociaux).

Par ailleurs, la durée de la suspension n'est pas prise en compte pour l'acquisition du titre d'ancien chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux ou d'ancien assistant hospitalier universitaire.

Nous vous remercions de veiller au respect de ces dispositions destinées à mettre en œuvre la suspension de l'obligation vaccinale contre la Covid-19 pour les étudiants et élèves en santé, les étudiants des formations préparant à l'exercice des professions à usage de titre et les membres titulaires et non titulaires du personnel enseignant et hospitalier, et de nous signaler toute difficulté qui pourrait survenir dans leur application.

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


Pierre PRIBILE

Pour le ministre de la santé et de la prévention :
La directrice générale de l'offre de soins,


Marie DAUDÉ

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


Anne-Sophie BARTHEZ

Pour le ministre de l'enseignement
supérieur et de la recherche :
Le directeur général des ressources humaines,


Boris MELMOUX-EUDE

Annexe

Schéma des situations de reprise de formation pour les étudiants en formation médicale

	Étudiant en formation médicale	
	Étudiant de 1 ^{er} ou 2 ^{ème} cycle	Étudiant de 3 ^{ème} cycle
Souhait d'intégrer ou réintégrer la formation	La reprise de la formation devra intervenir dans le respect des calendriers d'inscription définis par les universités.	La reprise de la formation devra intervenir dans le respect des calendriers d'inscription définis par les universités.
Souhait de ne pas intégrer ou réintégrer la formation	<ul style="list-style-type: none"> • Période de césure • Congés prévus pour chaque filière d'étudiant 	<ul style="list-style-type: none"> • Période de césure • Congés prévus pour chaque filière d'étudiant • Disponibilité
État de santé qui ne permet pas de reprendre la formation	Congé maladie	Congé maladie d'un an, renouvelable une fois



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

INSTRUCTION N° DGS/EA1/VSS/MICOM/2023/96 du 4 juillet 2023 relative à l'action des agences régionales de santé (ARS) dans la gestion des accidents technologiques en phases d'urgence, de suivi immédiat et post-accidentelle

Le ministre de la santé et de la prévention

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Copie à :

Mesdames et Messieurs les préfets de région

Référence	NOR : SPRP2315489J (numéro interne : 2023/96)
Date de signature	04/07/2023
Emetteur	Ministère de la santé et de la prévention Direction générale de la santé
Objet	Action des agences régionales de santé (ARS) dans la gestion des accidents technologiques en phases d'urgence, de suivi immédiat et post-accidentelle.
Commande	Prendre en compte les dispositions contenues dans la présente instruction.
Action à réaliser	Décliner territorialement les actions mentionnées dans l'instruction dans le cadre de la gestion des accidents technologiques.
Echéance	Application immédiate.
Contact utile	Sous-direction Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation(EA) Bureau Environnement extérieur et produits chimiques (EA1) Emmanuel CONTASSOT Tél. : 01 40 56 76 06 Mél. : emmanuel.contassot@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	16 pages + 10 annexes (23 pages) Annexe 1 : Rappel des trois phases de la gestion d'un accident technologique Annexe 2 : Les structures de coordination Annexe 3 : Les pré-requis Annexe 4 : Plan d'action des ARS Annexe 5 : DGS-URGENT

	<p>Annexe 6 : Évaluation de l'impact sanitaire immédiat et différé</p> <p>Annexe 7 : Organisation de l'évaluation du risque sanitaire en phase d'urgence</p> <p>Annexe 8 : Expertise de l'INERIS</p> <p>Annexe 9 : Expertise de l'Anses et modalité de mobilisation</p> <p>Annexe 10 : Outils et ressources en communication mobilisables par les ARS</p>
Résumé	<p>- Rôle de l'ARS en appui du préfet dans le cadre des dispositifs ORSEC et PPI en phase accident et dans le cadre de la circulaire interministérielle de 2012 en phase post-accidentelle ;</p> <p>- L'articulation de l'action de l'ARS avec celles des autres acteurs concernés.</p>
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent en l'état en Outre-mer.
Mots-clés	ARS, accident technologique, PPI, ORSEC, ORSAN, crise, communication.
Classement thématique	Santé environnementale
Textes de référence	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Articles L. 1435-1 et R. 1435-1 du Code de la santé publique ; ▪ Décret n° 2010-338 du 31 mars 2010 relatif aux relations entre les représentants de l'État dans le département, dans la zone de défense et dans la région et l'agence régionale de santé pour l'application des articles L. 1435-1, L. 1435-2 et L. 1435-7 du Code de la santé publique ; ▪ Décret n° 2013-15 du 7 janvier 2013 relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles ; ▪ Circulaire interministérielle du 20 février 2012 relative à la gestion des impacts environnementaux et sanitaires d'événements d'origine technologique en situation post-accidentelle ; ▪ Instruction n° DGS/DUS/CORRUS/2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ; ▪ Instruction n° DGS/DUS/CORRUS/2015/229 du 25 juin 2015 relative aux modalités de transmission et de gestion des alertes et des situations sanitaires exceptionnelles entre les ARS et le ministère en charge de la santé ; ▪ Instruction n° SGMCAS/DGS/DRH/UCANSS/DAJ du 28 juillet 2017 relative au recours au dispositif du rappel des personnels au sein des agences régionales de santé et à ses modalités de mise en œuvre ; ▪ Avis du 1^{er} décembre 2022 relatif à la mise en œuvre des premiers prélèvements environnementaux en situation accidentelle impliquant des installations classées pour la protection de l'environnement.
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Néant
Validée par le CNP le 23 juin 2023 - Visa CNP 2023-52	

Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

Introduction

Suite à l'incendie de l'usine Lubrizol et NL Logistique à Rouen (Seine-Maritime) survenu en septembre 2019, les services ministériels et régionaux dont l'ARS Normandie renforcée en moyen humain, ont été largement mobilisés pour gérer les conséquences du sinistre et ses impacts tant environnementaux que sanitaires.

Dès février 2020, soit moins de 6 mois après l'incendie, l'analyse de l'accident par la mission d'informations de l'Assemblée nationale et par une mission d'inspection interministérielle ont permis de définir des premières mesures afin d'améliorer la prévention des incendies industriels et de mieux anticiper la gestion de crise. En parallèle, plusieurs missions d'inspections générales ainsi qu'une commission d'enquête sénatoriale ont également été menées et ont abouti à la mise en place d'un plan d'actions gouvernemental.

Si la plupart des actions de ce plan relève du Ministère de la transition écologique et de la cohésion des territoires s'agissant d'installations classées pour la protection de l'environnement et du Ministère de l'Intérieur s'agissant de la gestion de crise, certaines relèvent du champ du Ministère de la santé et de la prévention notamment l'information des professionnels de santé et plus largement des acteurs intervenant dans le champ de la santé ainsi que l'évaluation des risques et impacts sanitaires.

I. OBJECTIF ET CHAMP DE L'INSTRUCTION

A. Le champ de l'instruction

La présente instruction s'applique aux **situations d'accidents industriels ou technologiques survenant sur des installations classées pour la protection de l'environnement (ICPE)** et pouvant entraîner des impacts sanitaires sur les populations riveraines du site concerné : incendies, explosions ou fuites.

Cette instruction emploie indifféremment les termes « technologiques » et « industriels ».

En l'absence de guides ou d'instructions spécifiques, il est possible pour les ARS de s'inspirer de l'approche sanitaire développée dans la présente instruction pour la gestion de situations accidentelles ne relevant pas du régime ICPE : événements survenus sur des canalisations de transport et de distribution de matières dangereuses, ou à l'occasion d'un transport de marchandises dangereuses (TMD) et, par exemple, incendies de forêts ou espaces naturels ou encore d'autres types d'incendies générateurs de fumées massives tels que celui survenu sur la cathédrale Notre-Dame de Paris en avril 2019.

Nota bene : la présente instruction ne concerne pas la gestion des accidents industriels radiologiques ou nucléaires, bien que s'appuyant également sur l'activation des plans particuliers d'intervention (PPI) dans certaines situations. En effet, ces accidents mobilisent un réseau d'acteurs différents, des mesures de gestion adaptées et font déjà l'objet d'un plan national dédié en cours de révision ([Plan national de réponse à un accident nucléaire ou radiologique majeur](#)).

B. Les objectifs de l'instruction

La présente instruction a pour objet :

- **d'expliciter le rôle des ARS** dans la gestion d'accidents technologiques lors des différentes phases (phase d'urgence, phase de suivi immédiat et phase post-accidentelle), ainsi que leur articulation en phase post-accidentelle avec les autres acteurs locaux et nationaux (experts, agences) concernés dans le cadre de la [circulaire interministérielle du 20 février 2012](#) relative à la gestion des impacts environnementaux et sanitaires d'événements d'origine technologique en situation post-accidentelle ;
- **d'identifier les outils et ressources utiles pour les ARS** et de préciser l'appui national qu'elles peuvent solliciter, dans le cadre de la gestion de tels événements.

II. PILOTAGE ET COORDINATION

A. Cadre interministériel de la gestion des accidents technologiques

- **Le Ministère de la transition écologique et de la cohésion des territoires** est en charge de la prévention et de la préparation à la gestion des accidents technologiques. Il s'appuie pour cela sur les réglementations relatives aux ICPE du Code de l'environnement dont les installations dites SEVESO, qui imposent des obligations et prescriptions aux exploitants concernés, notamment :
 - l'obligation d'établir un plan d'opération interne (POI) pour tous les sites classés SEVESO ;
 - l'obligation de réaliser une étude de dangers (à réexaminer tous les cinq ans pour les sites SEVESO seuil haut) qui doit comprendre, depuis le 1^{er} juin 2023 (arrêté du 24 septembre 2020 modifiant l'arrêté du 26 mai 2014 relatif à la prévention des accidents majeurs dans les installations classées mentionnées à la section 9, chapitre V, titre 1^{er}, du livre V du Code de l'environnement) pour les nouvelles études ou les mises à jour, la liste des produits de décomposition susceptibles d'être émis en cas d'incendie important, hiérarchisés en fonction des quantités pouvant être libérées et de leur toxicité, y compris environnementale ;
 - l'étude de dangers comporte aussi les scénarios relatifs aux émissions de substances toxiques ;
 - les sites SEVESO et les entrepôts soumis à autorisation au titre de la rubrique 1510 ont également l'obligation, respectivement depuis le 1^{er} janvier 2023 et le 1^{er} janvier 2022, d'avoir mis en place des dispositions permettant la réalisation de premiers prélèvements environnementaux dès la phase d'urgence (cf. l'avis du 1^{er} décembre 2022 qui précise ces obligations).

À noter que depuis fin 2020, le **Bureau d'enquêtes et d'analyses sur les risques industriels** (BEA-RI) a été mis en place pour réaliser, en pleine transparence et de manière indépendante des industriels et des autorités de contrôle, des enquêtes techniques sur les accidents industriels les plus importants pour en déterminer les causes et faire progresser la sécurité.

- **Le préfet de département en tant que représentant de l'État** est en charge d'adopter les plans particuliers d'intervention (PPI), en tant que déclinaisons du dispositif ORSEC, pour les établissements SEVESO Seuil Haut et certaines infrastructure TMD (celles soumises à étude de dangers). Les PPI élaborés à partir des scénarios d'accidents possibles définis dans les études de dangers, visent à protéger les populations, les biens et l'environnement pour faire face aux risques particuliers liés à des installations industrielles et ont également une vocation préventive d'informations et d'organisation des secours.

En phase d'urgence lors d'un accident technologique, l'action de l'ARS s'inscrit dans le cadre des PPI lorsqu'il existe et est déclenché ou dans le cadre de l'organisation de crise mise en place pour gérer les conséquences de l'accident sur les populations. L'annexe 1 rappelle les différentes phases.

La communication demeure le domaine réservé du préfet. L'ARS y contribue.

L'action de l'ARS s'inscrit dans le cadre précisé par la circulaire interministérielle du 20 février 2012 qui décrit l'organisation et l'articulation des services de l'État pour la gestion de la phase de crise à la phase post-accidentelle et indique les outils d'aide à la gestion disponibles.

B. Pilotage

En fonction de l'importance de l'évènement et de par sa portée (géographique, médiatique, etc.), la coordination des acteurs peut intervenir à plusieurs échelles (locale et nationale). L'annexe 2 définit les structures de pilotage impliquées selon les échelles.

III. RAPPEL DES ÉLÉMENTS DE PRÉPARATION À LA GESTION DES ACCIDENTS TECHNOLOGIQUES

Afin d'anticiper les risques susceptibles de survenir en cas d'accident industriel et de fluidifier les échanges durant la gestion de la crise, il est impératif de disposer d'une bonne préparation à la gestion des accidents technologiques pour être à même de gérer l'accident quand il survient.

Il est notamment nécessaire de :

- définir l'organisation interne de l'ARS incluant les ressources humaines nécessaires pour contribuer à la planification en termes de sécurité et de défense et à la préparation et la gestion de crise ;
- connaître la structuration du réseau d'acteurs et son territoire ;
- anticiper les éléments de communication pour le préfet et le partage d'informations ;
- dans la mesure du possible, organiser et participer aux exercices de simulation d'accidents.

L'annexe 3 décrit plus en détail les préalables nécessaires et leur appropriation.

À noter qu'une telle situation nécessite une coordination et une collaboration au sein de l'ARS au regard de la transversalité des champs impactés (services en charge de la santé-environnement, de la planification et gestion de crise, de la veille et sécurité sanitaire, de l'offre de soins ville et hôpital, des établissements sociaux et médico-sociaux, de la communication...).

Il est recommandé que les ARS se rapprochent des D(R)EAL/DRIEAT (pour l'Île-de-France) hors situation de crise pour définir les modes de collaboration en cas d'accident industriel, et notamment pour un partage des éléments utiles des études de dangers (liste des produits toxiques pouvant être émis, liste des produits de décomposition pour les SEVESO, par exemple).

IV. LES PHASES D'URGENCE ET DE SUIVI IMMÉDIAT

Le préfet de département, en sa qualité de directeur des opérations de secours, est en charge du pilotage et de la coordination de la gestion de crise dont la gestion des accidents industriels de son département. La communication lui demeure réservée.

L'ARS est amenée à participer à la gestion du volet sanitaire : ses agents sont alors placés pour emploi sous l'autorité du préfet (articles L. 1435-1 et R. 1435-1 du Code de la santé publique).

À cet effet, l'ARS :

- Participe au **Centre opérationnel départemental (COD)** ou à la cellule de crise qui est activé par le préfet et à l'évaluation de l'évènement en lien avec les acteurs locaux concernés, dont la préfecture, la D(R)EAL/DRIEAT, le service d'incendie et de secours (SIS), la D(R)EETS, la DDETSPP/DDPP, la DRAAF, la DDT(M), la DSDEN, le Service interministériel de défense et protection civiles de la préfecture et le représentant de l'industriel le cas échéant. Elle fait le lien avec la cellule de crise départementale de l'ARS et le cas échéant, avec la cellule régionale d'appui (CRAPS), si celle-ci est activée, chargée de coordonner et mettre en œuvre la réponse de l'ARS.
- Est **compétente sur les champs d'actions** suivants :
 - Structuration de **l'offre de soins** en réponse à l'évènement :
 - Activation du ou des plans ORSAN idoines (notamment AMAVI, MÉDICO-PSY, NRC) ;
 - Alerte des établissements de santé et médico-sociaux et des professionnels de santé libéraux.
 - **Protection de la population** vis-à-vis des éventuels risques sanitaires liés aux usages domestiques des eaux :
 - Alerte des personnes responsables de la production ou de la distribution d'eau (PRPDE) destinée à la consommation humaine, des personnes responsables des eaux de baignades (PREB) et de piscines ;
 - Alerte des particuliers utilisant des puits privés à des fins de consommation humaine ;
 - Mise en place des suivis nécessaires en complément du contrôle sanitaire « habituel » de l'eau destinée à la consommation humaine et des eaux de baignades et piscines le cas échéant (surveillance renforcée).
 - **Évaluation de l'impact sanitaire immédiat** (cf. annexe 6) :
 - Lien avec SAMU, SOS Médecins, urgences, CAPTV, mobilisation de SpF en perspective d'une évaluation de l'impact post-immédiat. L'ARS relaie les besoins de données environnementales utiles à l'évaluation des impacts sur la santé exprimés notamment par SpF.
- **Participe aux 3 champs d'actions** suivants :
 - **Évaluation du risque sanitaire** sous la direction opérationnelle du préfet en lien avec le SIS, la D(R)EAL/DRIEAT, la DDETSPP/DDPP, la DRAAF. Il est rappelé **que l'évaluation du risque en phase d'urgence repose principalement sur le SIS** (en lien avec la D(R)EAL/DRIEAT et l'exploitant). Si l'expertise de l'ARS est attendue pour l'évaluation du risque dès la phase de suivi immédiat (CAPTV, CASU par la D(R)EAL/DRIEAT ou le SIS [cf. annexe 7 sur l'évaluation du risque en urgence]), sa contribution dès la phase d'urgence peut être demandée par le préfet le cas échéant et est par ailleurs opportune pour assurer une continuité de traitement dans ces différentes phases ;
 - **Mesures de gestion et communication** : contribue à l'élaboration des messages d'informations et consignes/recommandations pour les populations et à leur diffusion, sous la coordination du préfet ;
 - Préparation de la phase post-accidentelle par la **mobilisation d'expertise dès les premières heures**.

Le tableau en annexe 4 précise de manière plus détaillée les actions à mettre en œuvre par l'ARS en phase d'urgence et de suivi immédiat. **Il pourra utilement être décliné en procédure au niveau local.**

V. LA PHASE POST-ACCIDENTELLE

A. Études menées

1. Prélèvement et analyses environnementales

Dans le cadre de l'**arrêté préfectoral de mesures d'urgence (APMU)**, l'exploitant doit proposer un plan de prélèvements sur toutes les matrices jugées pertinentes au regard du terme source, de la zone d'impact maximale et de l'identification des différents enjeux. La mise en place des plans de surveillance dans l'environnement doit être faite de manière coordonnée avec les autres services de l'État : D(R)EAL/DRIEAT, DDETSPP/DDPP, DRAAF, et également le SIS, et partagée en COD ou cellule post-accident (CPA) **s'ils sont créés**.

- L'ARS vérifiera dans ce cadre la pertinence et la cohérence des plans de prélèvements proposés par l'exploitant, plus spécifiquement sur les matrices « **eaux destinées à la consommation humaine (EDCH), eaux de loisirs, jardins potagers, élevages domestiques et zones de cueillette ou pêche récréative** », en s'appuyant, le cas échéant sur des recommandations de l'Anses, mais également sur les **matrices air et sols** au regard de leur impact sanitaire à court et long terme ;
- Par ailleurs, l'ARS s'assurera que les laboratoires auxquels il sera éventuellement fait appel (incluant ceux mobilisés par l'exploitant) pour des prélèvements et des analyses EDCH et eaux de loisirs respectent les standards exigés en termes de méthodologies et de rendus des résultats (normes de prélèvements et d'analyses, géocodage, unité, présentation au format SANDRE (<https://www.sandre.eaufrance.fr/>)) de la plateforme de bancarisation des données en cours de développement par l'INERIS (livraison prévisionnelle premier semestre 2023). À cet égard, l'ARS pourra en outre inscrire ces standards dans le marché de contrôle sanitaire des eaux. L'ARS veillera notamment au partage des résultats d'analyses dans cette plateforme.

À noter : dans le cas où il serait fait appel à un laboratoire qui ne connaîtrait pas les éléments permettant de rendre des données de prélèvement au format SIAPLAB pour une intégration éventuelle dans SISE-Eaux alimentation, un guide est disponible sur le RESE : http://rese.intranet.sante.gouv.fr/santenv/foncserv/sise/aep/i_lab0.htm (lien direct vers le fichier : <http://rese.intranet.sante.gouv.fr/santenv/foncserv/sise/aep/cdclab.docx>).

Il conviendra, pour bien distinguer les prélèvements réalisés dans le cadre du post-accident des autres, que les ARS indiquent aux laboratoires de renseigner le motif de prélèvement PA (pollution accidentelle). Pour géolocaliser les prélèvements, les laboratoires devront également renseigner les coordonnées X, Y en Lambert 93 du point exact de prélèvement.

Des travaux sont en cours pour créer un modèle de requête BO ayant pour but d'extraire des données intégrées dans SISE-Eaux alimentation pour pouvoir alimenter la base de données BDISA de l'INERIS. Des consignes d'utilisation de la requête seront diffusées sur le RESE si les travaux aboutissent, ainsi que potentiellement des consignes complémentaires de renseignement de la base SISE-Eaux alimentation dans ce contexte.

2. Interprétation de l'état des milieux (IEM)

En cas d'impact potentiel et durable de l'accident sur les milieux, le préfet pourra prescrire la réalisation d'une IEM (<https://ssp-infoterre.brgm.fr/fr/methodologie/iem>) à l'exploitant par arrêté y compris dans l'APMU, afin d'évaluer l'impact de l'évènement sur les milieux et la compatibilité des milieux avec les usages.

Il conviendra que l'ARS participe à la validation par les services déconcentrés de l'État du plan de prélèvements proposé et justifié par l'exploitant. Elle veillera particulièrement à la prise en compte des enjeux suivants dans ce plan :

- l'identification des populations sensibles et des établissements sensibles (établissements de santé, établissements médico-sociaux, établissements accueillant des enfants et des adolescents) ;

- la contribution à la détermination de la zone d'étude, en tenant compte de la présence de populations sensibles, de captages d'eau utilisés pour produire de l'EDCH et des transferts de pollution possibles (y compris puits privés, captages exploités à des fins de conditionnement d'eau, à des fins thérapeutiques dans un établissement thermal ou de distribution en buvette publique), de zones de baignade, d'un réseau d'eau susceptible de permettre la perméation de certaines substances à travers les canalisations ; le recours à un hydrogéologue agréé pourra être envisagé s'agissant des aspects EDCH ;
- la contribution à la définition de la liste des polluants à investiguer, en tenant compte de la toxicité des substances émises, et de leurs produits de dégradation ;
- la transmission des données dont elle dispose (résultats d'analyses des eaux destinées à la consommation humaine et des eaux de loisirs obtenus dans le cadre du contrôle sanitaire).

L'analyse des résultats de l'IEM permettra de s'assurer de la compatibilité ou non des usages et de définir ou de réajuster le cas échéant les mesures de gestion qui relèvent du préfet pour réduire les expositions, protéger et prendre en charge les populations sur la base des recommandations sanitaires de l'ARS :

- Mesures de réduction de l'exposition (cf. l'Avis HSCP du 2 juillet 2020 <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=990>) : mesures de prévention hygiéno-diététiques ;
- Restriction d'usage : eau (dont puits privés notamment), jardins potagers, élevages domestiques, cueillette de produits sauvages, sites de baignade, pêche à pied... ;
- Prise en charge des personnes : organisation de dépistage et prise en charge des personnes.

Des recommandations plus spécifiques pourront être établies pour les personnes sensibles.

3. Évaluation quantitative des risques sanitaires (EQRS)

L'EQRS n'est pas systématiquement mise en œuvre et fait suite à l'IEM qui est prescrite par l'APMU. En effet, l'EQRS est réalisée lorsque les sources de pollution sont susceptibles de menacer la santé des populations. Elle entre dans le cadre de la démarche de gestion des risques.

L'ARS pourra s'appuyer sur les critères suivants pour justifier auprès du préfet de la mise en place d'une EQRS par l'exploitant :

- l'IEM a mis en évidence une dégradation des milieux mais ne permet pas de conclure sur le risque car il n'existe pas de valeurs réglementaires ;
- l'attente sociétale est forte : l'EQRS peut permettre d'apporter des éléments de réponse aux autorités, à la population et aux associations.

Dans tous les cas, les calculs de risques sont intégrés à l'IEM. Il est possible de conclure sur les risques dès lors que des VTR sont disponibles.

Nota bene : l'EQRS est réalisée par un bureau d'étude mandaté par l'exploitant par arrêté préfectoral pris en vertu de l'article L. 512-20 du Code de l'environnement.

Rôle de l'ARS :

- Argumenter, si la situation le justifie, l'intérêt de faire une EQRS (la [circulaire interministérielle du 9 août 2013](#) relative à la démarche de prévention et de gestion des risques sanitaires des installations classées soumises à autorisation, présente les principaux attendus de l'ARS dans ce cadre) ;
- Participer à la rédaction de l'APMU qui prescrit l'IEM et qui, par conséquent, délimite les bornes de l'EQRS si elle a lieu. Vérifier la pertinence des polluants utilisés, milieux d'étude, scénarios d'exposition et budget espace-temps ;
- Vérifier les VTR utilisées au regard de la [note d'information n° DGS/EA1/DGPR/2014/307 du 31 octobre 2014](#) relative aux modalités de sélection des substances chimiques et de choix des valeurs toxicologiques de référence pour mener les évaluations des risques sanitaires dans le cadre des études d'impact et de la gestion des sites et sols pollués, sauf si une tierce-expertise est prévue.

4. Évaluation des impacts sanitaires

L'évaluation des impacts sanitaires à plus long terme doit reposer sur une stratégie proposée par SpF dans le cadre d'une saisine de SpF par l'ARS, voire par le ministère chargé de la santé dans le cas d'un pilotage national ou d'un évènement à forte répercussion nationale. Des échanges entre l'ARS et la DGS devront être effectués à ce propos.

L'évaluation des impacts sur la santé sera menée à partir d'approches épidémiologiques adaptées au contexte accidentel et tenant compte des mesures de gestion mises en place. L'évaluation s'intéressera à toutes les conséquences possibles sur la santé et concernera la population générale et les travailleurs. Elle pourra s'appuyer, dans le cadre d'une saisine, sur le dispositif d'évaluation épidémiologique d'un accident technologique mis en place par SpF. L'évaluation pourrait reposer sur les quatre types d'études suivants :

- Étude de santé ressentie ;
- Analyse et suivi des données du Système national de suivi des données de santé (SNDS) sur une longue période (la période sera déterminée en fonction de l'évènement) ;
- Suivi sanitaire des travailleurs et intervenants, qui relève de prérogatives des directions départementales de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations (DDETSPP) ;
- Mise en place d'une étude de biosurveillance si les résultats des analyses environnementales le justifient.

Le descriptif de chacune de ces études et leur finalité sont décrits en annexe 6.

Par ailleurs, l'évaluation de l'impact sanitaire pourra être complétée par d'autres études notamment :

- l'analyse du bilan des plaintes ou signalements avec symptômes issus de différentes sources de données, par exemple des observatoires régionaux des nuisances des AASQA... ;
- la réalisation par SpF d'étude de l'impact de la perception d'odeurs sur le recours à la médecine générale de ville.

Enfin, cette évaluation fournit également des informations aux ARS qui ont vocation à participer aux comités locaux d'aide aux victimes (CLAV).

B. Communication

La communication est coordonnée par le préfet, compétent territorialement et ce, quelle que soit la phase de l'accident.

Elle associe l'ensemble des services dont l'ARS, les collectivités et le cas échéant l'exploitant. Pour mémoire, la communication de crise doit être conçue pour informer non seulement les populations situées dans la zone à risques, mais également le grand public, en diffusant une information fiable, réactive voire harmonisée à l'échelle zonale. Il est recommandé que l'ARS, dans le champ qui est le sien, assure une veille des médias et des réseaux sociaux pour identifier les prises de parole sur l'évènement, ainsi que les éventuelles rumeurs ou fausses informations en circulation.

L'ARS pourra s'appuyer notamment sur le CAPTV, l'Anses (via la DGS), SpF, la MICOM pour définir ses messages sanitaires. Les AASQA peuvent également être sollicitées pour relayer les informations relatives à la dégradation de la qualité de l'air liée à l'évènement en cours.

La communication doit :

- Être réfléchi et adaptée aux différents publics auxquels elle est destinée (riverains, associations de riverains et de protection de l'environnement, travailleurs, élus, professionnels de santé, médias), ainsi qu'au canal de diffusion (presse écrite, télévision, réseaux sociaux, etc.) ;
- Rappeler les mesures prises par les autorités et les consignes comportementales. Le langage doit être simple et compréhensible par tous ;
- Permettre d'assurer une bonne compréhension et l'adhésion des différents acteurs au processus de gestion mis en place et de prendre en compte certaines demandes ;

- Prendre en compte les relais locaux, en particulier les élus et les associations, mais aussi les professionnels de santé et leurs représentants, les établissements de santé et médico-sociaux et les représentants des usagers dont la participation au dispositif représente un facteur clé de réussite.

L'ARS contribue à la communication globale en portant les messages/recommandations sanitaires par différents moyens et outils, y compris la voie médiatique, et rend compte des différentes actions menées dans le champ sanitaire.

Dans ce cadre, **elle est plus particulièrement chargée** :

- à l'attention de la **population générale** :
 - d'élaborer des éléments de langage sur la situation, les possibles effets sanitaires et la conduite à tenir pour se protéger en tenant compte des questions remontées via la cellule d'informations du public (CIP).
- à l'attention des **professionnels et des établissements de santé** :
 - d'élaborer les messages pour que ces derniers puissent répondre aux questions de leurs patients ;
 - de donner les recommandations sanitaires validées, et le cas échéant proposer une prise en charge ou un suivi sanitaire adéquat ;
 - en outre, si un dépistage ou une étude d'imprégnation est organisé, il est nécessaire d'informer en amont les professionnels et établissements de santé du secteur afin de préciser leur rôle dans le dispositif et les modalités de prise en charge médicale individuelle des personnes sur-imprégnées. Ils seront destinataires des résultats des analyses le cas échéant.

L'annexe 10 présente les différents outils et ressources susceptibles de concourir à la communication (liste non exhaustive).

C. Financement des analyses demandées par l'ARS

L'article L. 514-8 du Code de l'environnement dispose que : « *Les dépenses correspondant à l'exécution des analyses, expertises ou contrôles nécessaires pour l'application du présent titre, y compris les dépenses que l'État a engagées ou fait engager dans le cadre de la gestion ou du suivi des impacts et conséquences d'une situation accidentelle, sont à la charge de l'exploitant* ».

L'ARS veillera, au regard des dispositions de cet article, à ce que les **coûts des prélèvements et analyses réalisés dans le cadre du plan de prélèvements de l'eau destinée à la consommation humaine, des eaux de loisirs, des jardins potagers, élevages domestiques et des zones de cueillette/pêche récréative [ainsi que les prélèvements et analyses biologiques]** aient bien été pris en charge par l'exploitant.

L'ARS pourra par ailleurs s'appuyer sur les dispositions de l'article L. 512-20 du Code de l'environnement, pour proposer au préfet, en lien avec la D(R)EAL/DRIEAT, de prescrire par un arrêté préfectoral de mesure d'urgence, la réalisation des évaluations et la mise en œuvre des remèdes que rendraient nécessaires les conséquences de l'accident survenu dans l'installation. Peut ainsi être prescrit la réalisation **d'un diagnostic de l'impact environnemental et sanitaire** ou la mise en œuvre de **prélèvements dans l'air, dans les sols et le cas échéant les points d'eau environnants et les eaux destinées à la consommation humaine, afin d'estimer les conséquences de l'accident en termes de pollution.**

Nota bene : cas particulier d'un accident non technologique et hors champ de cette instruction (exemple de l'incendie de Notre-Dame de Paris) : dans le cas où la prise en charge des études doit être supportée par les services de l'État, l'ARS pourra être amenée à financer sur son FIR la réalisation de l'évaluation des risques sanitaires par un organisme d'expertise ou un bureau d'études.

VI. LIENS AVEC LE NIVEAU NATIONAL

A. Information du ministère chargé de la santé

En cas de situation d'urgence ou de situation sanitaire exceptionnelle, l'ARS effectue un signalement via l'application **SISAC** (Système d'information sanitaire des alertes et des crises), conformément aux modalités de gestion des signalements et alertes détaillées dans l'instruction n° DGS/DUS/CORRUSS/2015/229 du 25 juin 2015 relative aux modalités de transmission et de gestion des alertes et des situations sanitaires exceptionnelles entre les ARS et le ministère chargé de la santé. Ce signalement est alors pris en charge par le CORRUSS qui peut apporter son appui à l'ARS. **L'évènement créé sera alimenté au fur et à mesure.**

B. Information de la Cellule nationale d'appui (CNA)

Structure nationale de coordination : dans les situations nécessitant une coordination au niveau national (par exemple, si plusieurs régions sont impactées, si les rejets, le nombre de victimes ou l'impact médiatique sont importants...), un groupe de travail d'expertise nationale ou cellule nationale d'appui peut être mis en place pour organiser les réponses à apporter aux acteurs locaux **dès lors qu'une CPA est mise en œuvre**. Cette structure nationale assure la coordination interministérielle (environnement, agriculture et santé) des réponses à apporter à la cellule locale en liaison avec les agences nationales compétentes (INERIS, Anses, SpF, notamment) (cf. annexe 2).

C. Appui de la DGS

1. Mobilisation de l'expertise nationale

Certaines agences sanitaires ne sont mobilisables que par le niveau national.

C'est le cas de **l'Anses**, du **HCSP** ou encore de **la HAS** (en lien éventuellement avec la Société de toxicologie clinique). Aussi, l'ARS doit nécessairement se tourner vers le CORRUSS en phase d'urgence puis la Sous-direction EA de la Direction générale de la santé en phase post-accident pour saisir ces structures.

Ces dernières pourront, chacune dans leur domaine de compétence, apporter une expertise ou un appui à la gestion de la situation. Plus particulièrement :

- **Anses** : production d'avis ou de documents d'appui scientifique sur l'évaluation du risque sanitaire et l'élaboration des plans d'échantillonnage et de surveillance. Lorsqu'une réponse est attendue dans un délai allant de quelques heures à six semaines, elle est en capacité de mobiliser un groupe d'expertise collective d'urgence (GECU). Les modalités de saisines de l'Anses, notamment en urgence, sont précisées dans un protocole établi avec les administrations de tutelle. L'Anses peut également mobiliser l'expertise des CAP-TV qu'elle coordonne (cf. annexe 9) ;
- **HCSP** : aide à la gestion, outil d'aide à la décision ou élaboration de mesures de gestion et de prévention ;
- **HAS/STC** : élaboration de recommandations de bonnes pratiques pour le dépistage, le suivi et la prise en charge de personnes sur-imprégnées à des substances de leur environnement ;
- **Santé publique France - SpF** : mise en œuvre de plusieurs types d'études pour répondre à la question de l'évaluation des expositions et de l'impact sanitaire d'un accident technologique (cf. annexe 6). La saisine de SpF doit être coordonnée avec le niveau local.

La DGS appréciera, en lien avec les services concernés, la pertinence de saisir ces structures et, le cas échéant, procédera à la saisine de l'agence compétente pour répondre à la question posée.

2. Envoi de renfort

▪ Renfort en professionnels de santé :

Au regard de l'évaluation de la situation et des besoins exprimés par l'ARS ou les ARS concernées si les capacités locales sont dépassées, la DGS pourra saisir SpF pour la mobilisation de professionnels de santé de la réserve sanitaire, pour venir en renfort en cas d'accident de grande ampleur pouvant conduire à la prise en charge d'un grand nombre de victimes. Il est toutefois rappelé que les ARS peuvent également directement mobiliser la réserve sanitaire, conformément aux articles L. 3132-1 et suivants du Code de la santé publique. Cette mobilisation par le niveau territorial ne peut avoir lieu que lorsque l'offre de soins demeure insuffisante malgré les mesures mises en œuvre par les autorités sanitaires locales (déclenchement par l'ARS du plan ORSAN correspondant à la situation sanitaire exceptionnelle [SSE], mise en œuvre des plans de mobilisation des effecteurs de soins [plan de mobilisation interne, plan blanc, plan bleu] et montée en puissance par les directeurs de ces structures). La mise en œuvre de toutes les mesures de gestion envisageables au niveau local est en effet un prérequis indispensable avant la formalisation d'une demande de mobilisation de la réserve sanitaire.

▪ Renfort de personnels en ARS :

En cas de crise majeure ou de longue durée, le SGMCAS est en capacité d'organiser l'envoi de renfort auprès de l'ARS « en crise ». Il s'agira préférentiellement d'un renfort durant la phase post-accidentelle, compte tenu des modalités pratiques d'intervention.

Au préalable, l'ARS doit définir ses besoins en renfort, notamment : profils de postes (médecins, infirmiers de santé publique, ingénieurs ou techniciens sanitaires, experts en gestion de crise, voire communicants), durée...

L'ARS fait ensuite part de sa demande auprès du SGMCAS qui se chargera de rechercher et identifier les renfort disponibles en sollicitant l'ensemble des DG-ARS. Il organisera ensuite l'envoi de ces renforts auprès de l'ARS demandeuse. En cas de crise de longue durée, plusieurs personnes pourront se relayer pour apporter leur renfort sur un même poste.

Enfin, l'ARS d'accueil devra assurer l'accueil des renforts, leur bonne intégration dans l'équipe et leur encadrement dans les missions qui leur seront confiées.

Un bilan de fin de mission sera réalisé entre le renfort et l'ARS d'accueil et partagé avec le SGMCAS.

▪ Renfort en matériels :

L'ARS peut solliciter le niveau national si le niveau local ou zonal ne peut pas répondre au besoin, notamment en matériels spécifiques.

VII. RETOUR D'EXPERIENCE (RETEX)

À des fins de capitalisation, d'amélioration continue et également en cas de poursuites juridiques, l'ARS veillera sur ses différents champs d'intervention à conserver l'ensemble des informations et actions mises en œuvre, tout au long de la crise.

Elle organisera utilement un RETEX, y compris sur les aspects communication, au regard des ressources qu'elle aura pu mobiliser et pourra contribuer au RETEX préfectoral. Des échanges avec la D(R)EAL/DRIEAT et les autres services impliqués permettront de nourrir le RETEX.

Sur la base du RETEX, les pratiques et ressources documentaires pourront être revues et diffusées en interne à des fins d'acculturation.

L'ensemble sera partagé au niveau national par transmission auprès de la DGS et transmis au RESE.

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

Signé

Pierre PRIBILE

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

Signé

Christian RABAUD

GLOSSAIRE

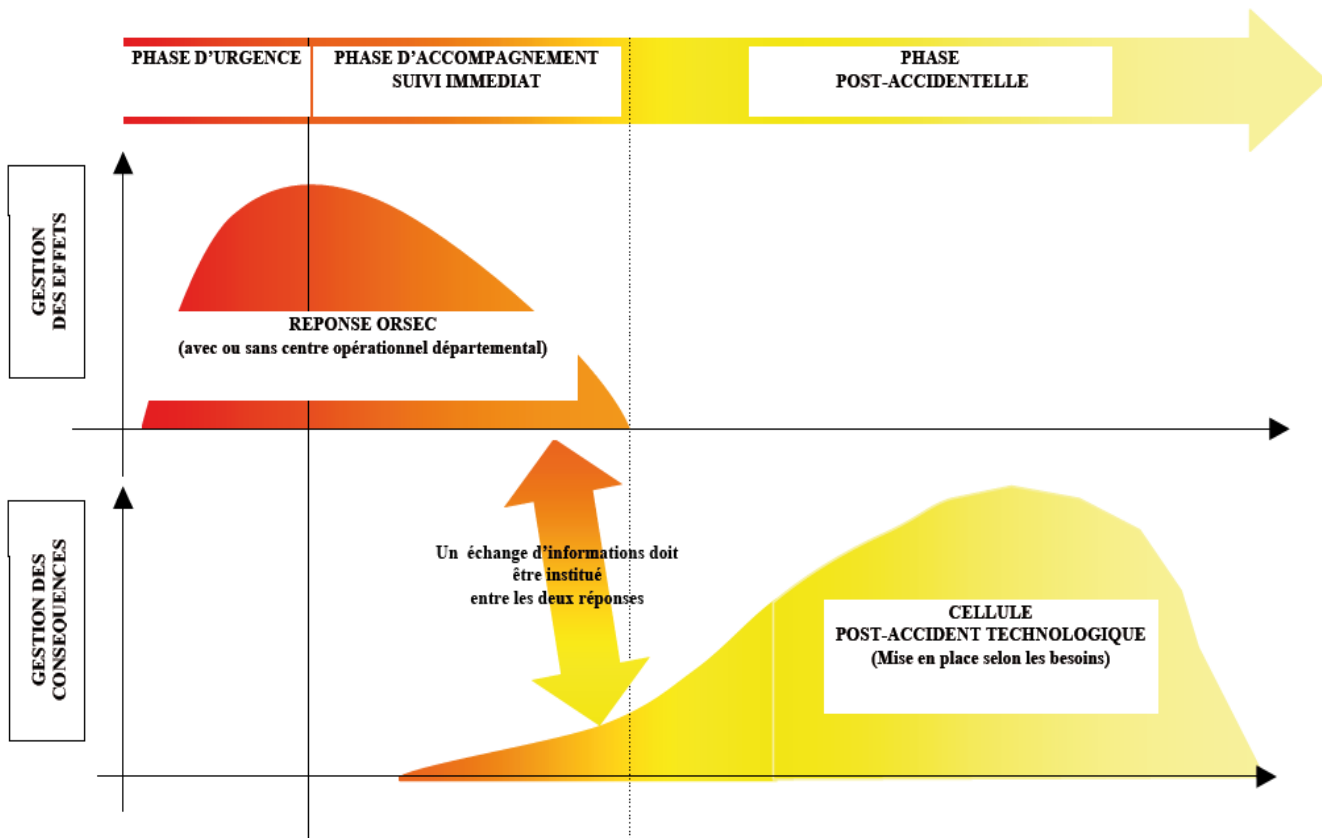
Acronyme	Signification
AASQA	Association agréée de surveillance de la qualité de l'air
AMAVI	Afflux massif de victimes
APMU	Arrêté préfectoral de mesures d'urgence
Anses	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ARS	Agence régionale de santé
AST	Appui scientifique et technique
BDD	Base de données
BEA-RI	Bureau d'enquêtes et d'analyses sur les risques industriels
BNPC	Base nationale des produits et composition
BRGM	Bureau de recherches géologiques et minières
CAP TV	Centre antipoison et toxico vigilance
CDA	Cellule départementale d'appui
CASU	Cellule d'appui aux situations d'urgence
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIC	Centre interministériel de crise
CIP	Cellule d'informations du public
CMIC	Cellule mobile d'intervention chimique
CNA	Cellule nationale d'appui
COD	Centre opérationnel départemental
CORRUSS	Centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et sociales
CP	Communiqué de presse
CPA	Cellule post-accident
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CRAPS	Cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire
CRPPE	Centre régional de pathologies professionnelles et environnementales
CUMP	Cellule d'urgence médico psychologique
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CSP	Code de la santé publique
DDETSPP / DDPP	Direction départementale de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations
DDTM	Direction départementale des territoires et de la mer
DGAL	Direction générale de l'alimentation
DGPR	Direction générale de la prévention des risques
DGS	Direction générale de la santé
DRAAF	Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt
DREAL / DEAL	Direction (régionale) de l'environnement, de l'aménagement et du logement
D(R)EETS	Direction (régionale) de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
DRIEAT	Direction régionale et interdépartementale de l'environnement, de l'aménagement et des transports
DSDEN	Direction des services départementaux de l'éducation nationale

DVSS	Direction de la veille et sécurité sanitaire
EA	Sous-direction de la prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation / DGS
EDCH	Eaux destinées à la consommation humaine
EDL	Éléments de langage
EQRS	Évaluation quantitative des risques sanitaires
ESR	Établissement de santé de référence
ETARé	Établissement répertorié
FDS	Fiche de données sécurité
FIR	Fonds d'intervention régional
GECU	Groupe d'expertise collective d'urgence
HAS	Haute Autorité de santé
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
ICPE	Installation classée pour la protection de l'environnement
IEM	Interprétation de l'état des milieux
INERIS	Institut national de l'environnement industriel et des risques
MSP	Ministère de la santé et de la prévention
MTECT	Ministère de la transition écologique et de la cohésion des territoires
NRBC	Nucléaire, radiologique, biologique et chimique
NRC	Nucléaire, radiologique et chimique
ORS	Observatoire régionale de santé
ORSAN	Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles
ORSEC	Organisation de la réponse de sécurité civile
ORU	Observatoire régional des urgences
POI	Plan d'opération interne
PPI	Plan particulier d'intervention
PREB	Personne responsable des eaux de baignade
PRPDE	Personne responsable de la production ou distribution d'EDCH
PSM	Poste de secours mobile
RESE	Réseau d'échanges en santé environnementale
RIPA	Réseau des intervenants en situation post-accidentelle
ROR	Répertoire opérationnel des ressources en santé
RPPS	Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé
RTU	Réponse toxicologique en urgence
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SANDRE	Service d'administration nationale des données et référentiels sur l'eau
S(D)IS	Service (départemental)d'incendie et de secours
SGMCAS	Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
SIDPC	Service interministériel de défense et de protection civile
SISAC	Système d'information sanitaire des alertes et des crises
SIVIC	Système d'information de suivi des victimes d'attentats et de situations sanitaires exceptionnelles
SNDS	Système national des données de santé
SpF	Santé publique France
SSE	Situation sanitaire exceptionnelle

STC	Société de toxicologie clinique
SURSAUD	Surveillance sanitaire des urgences et des décès
TMD	Transport de marchandises dangereuses
URPS	Unions régionales des professionnels de santé
VDIP	Véhicule de détection, d'identification et de prélèvement
VTR	Valeur toxicologique de référence
VSS	Sous-direction de la veille et sécurité sanitaire / DGS

ANNEXE 1

RAPPEL DES TROIS PHASES DE LA GESTION D'UN ACCIDENT TECHNOLOGIQUE



Source INERIS

La circulaire interministérielle de 2012 décrit les trois phases de gestion d'un accident technologique, qui sont rappelées ci-après :

Phase d'urgence = Phase d'actions réflexes qui correspond aux premières heures qui suivent l'évènement.

Durée estimée : quelques heures.

C'est pendant cette phase que sont mis en œuvre un ensemble d'actions et de décisions caractérisées par l'urgence qui visent à soustraire les personnes, les animaux, les biens et l'environnement des effets dommageables d'accidents, de sinistres, de catastrophes, de détresses.

L'action de l'ARS s'inscrit dans le cadre des dispositions prévues dans les plans ORSEC et les PPI. Dans la mesure du possible, les premiers prélèvements seront réalisés durant cette phase.

Dans le cadre de leurs missions de protection et secours aux personnes, les services d'incendie et de secours peuvent être amenés à réaliser des premiers prélèvements, pendant la phase d'urgence, leur permettant de définir les dispositions opérationnelles de gestion immédiate du sinistre. **L'évaluation du risque repose sur l'expertise du SIS.**

En complément, des dispositions réglementaires ont été introduites par les arrêtés du 24 septembre 2020 pour les établissements SEVESO et les entrepôts soumis à autorisation, consistant à mettre en place une organisation leur permettant d'être en mesure de réaliser des premiers prélèvements environnementaux en cas d'accident. Pour ces installations, les prélèvements sont engagés et réalisés sous la responsabilité de l'exploitant. Pour ce faire, l'exploitant peut mettre en place une organisation interne pour répondre à ces obligations par ses propres moyens ou faire appel à un organisme externe (prestataire, AASQA éventuellement selon les régions...).

Au-delà de ce volet réglementaire, la DGPR, avec l'appui de l'INERIS, est en cours de conception et de déploiement de moyens mobiles publics d'analyses et de prélèvements (MoMAP). Ce dispositif (mobilisable par la DGPR sur saisine de ses services locaux) aura pour objectif d'engager, pour les installations non soumises à l'obligation réglementaire, des premiers prélèvements environnementaux en cas de sinistre important et permettra de disposer d'éléments contribuant à la caractérisation des substances émises et visant à estimer leur impact potentiel, en cas de sinistre sur ces installations.

Phase de suivi immédiat = Phase réfléchie qui débute dès que le dispositif de lutte contre les effets directs se stabilise.

C'est au cours de cette phase que doit être anticipée, initiée puis mise en place la démarche d'évaluation des conséquences de l'accident, en particulier sur les aspects environnementaux et sanitaires, notamment avec l'élaboration des plans de prélèvements effectués par les mêmes acteurs qu'en phase d'urgence.

Durée : quelques jours

Phase post-accidentelle = Phase de retour à la normale progressive, gestion des conséquences à moyen et long termes.

Pour les aspects environnementaux et sanitaires, cette phase émergera après la stabilisation de la situation. Les prélèvements sont réalisés par l'exploitant selon l'APMU, à l'aide d'intervenants tels que ceux du RIPA. Certains prélèvements peuvent intervenir dès la phase de suivi immédiat.

Durée : plusieurs mois, voire plusieurs années.

Le rôle de l'ARS dans les différentes phases de l'accident :

▪ **Phase d'urgence :**

- Information du CORRUSS via l'ouverture d'un événement SISAC ;
- Organisation de la réponse du système de santé ;
- Information et mise en alerte, le cas échéant, des établissements de santé, des établissements médico-sociaux, et des professionnels de santé libéraux, ainsi que des exploitants de réseaux d'eau de consommation humaine et de loisirs ;
- Le cas échéant, élaboration de consignes de protection des populations en lien avec les autres acteurs impliqués pour le préfet, en charge de la communication.

▪ **Phase de suivi immédiat :**

- Participation à l'évaluation des risques sanitaires et établissement de recommandations sanitaires et d'éventuelles mesures de gestion pour la protection des populations (en particulier si l'exposition par inhalation persiste pendant plusieurs jours) ;
- Participation à l'évaluation de l'impact sanitaire immédiat ;
- Anticipation de la phase post-accidentelle et définition/vérification du plan de prélèvements environnementaux **sous couvert du préfet (y compris dans la cadre de l'APMU)**.

▪ **Phase post-accidentelle :**

- Suivi et évaluation de l'impact sanitaire de l'évènement au fil de l'eau ;
- Mise en place et suivi d'études complémentaires le cas échéant ;
- Retex.

Pour l'ensemble de ces 3 phases, l'expertise sanitaire nationale peut être sollicitée le cas échéant.

ANNEXE 2

LES STRUCTURES DE COORDINATION

Deux structures **locales**, auxquelles l'ARS est amenée à participer, peuvent être identifiées dans le cadre de la gestion de crise :

- **Centre opérationnel départemental (COD)** : le COD est l'outil de gestion de crise et de coordination activé par le préfet de département en cas de survenue d'un événement majeur dans le département. Il est créé durant les phases d'urgence et de suivi immédiat, uniquement lorsque le préfet l'estime nécessaire. Le COD comprend plusieurs niveaux de grément possibles ou de rythmes d'activité. Ils sont adaptés à l'événement. Le COD peut ainsi fonctionner 24h/24 ou se réunir ponctuellement qu'une fois par semaine (pour une réunion de suivi). **Dans de rares situations, le COD n'est pas créé.**

Pour autant, le préfet peut réunir les services de son choix, pour acter des mesures à prendre au rythme qu'il définit : c'est le cas par exemple de situations qui ne conduisent pas à un déclenchement de PPI mais qui font l'objet de rejets/retombées/odeurs en dehors du site.

Nota bene : en cas de dépassement des frontières départementales, les préfetures voisines peuvent également activer leur COD.

- **Cellule post-accident (CPA)** : elle est activée par le préfet durant les phases de suivi immédiat et post-accidentelle. Cette cellule peut être mise en place même en l'absence d'activation du COD.

Lorsqu'elle est mise en place alors qu'un COD est activé, la CPA y participe et aura notamment pour mission d'évaluer les conséquences sanitaires et environnementales de l'accident et de préparer la mise en œuvre de la phase post-accidentelle en mobilisant les expertises nécessaires.

Là aussi, si l'ampleur de l'accident dépasse les frontières départementales, d'autres CPA pourraient être activées par les préfetures voisines impactées.

Elle est composée notamment des services de la préfeture (SIDPC...), de la D(R)EAL/DRIEAT, de la DDETSPP, de la DRAAF (le cas échéant sur demande de la DDETSPP), de l'ARS, des services en charge de la police de l'eau (DDTM).

Ses deux missions fondamentales sont les suivantes :

- une mission d'évaluation des conséquences environnementales et sanitaires de l'accident qui consiste en un recueil d'informations, la réalisation des premiers prélèvements dans l'environnement et l'analyse des premiers résultats ;
 - une mission de gestion des conséquences qui consiste à identifier et proposer au préfet des mesures de gestion à mettre en œuvre pour limiter les impacts différés de l'accident.
- En cas d'événement de grande ampleur (cf. définition dans l'instruction n° DGS/DUS/CORRUS/2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles), notamment quand il concerne plusieurs départements ou a fortiori plusieurs régions, et/ou quand de nombreuses victimes sont à déplorer ou en cas d'impact médiatique fort, des **structures nationales** pourront être mises en place et/ou sollicitées :

- le **centre interministériel de crise¹ (CIC)** peut être activé par le Premier ministre. Le CIC est placé soit sous l'autorité du ministre de l'Intérieur pour les crises ayant lieu sur le territoire national, soit sous l'autorité du ministre chargé des affaires étrangères et européennes pour les crises extérieures pour prendre le pilotage de la crise en lieu et place du préfet (très exceptionnel) et **uniquement en phase d'urgence**. Le **CIC** est l'outil de gestion et coordonne l'ensemble des centres opérationnels des ministères.
- la **Cellule nationale d'appui (CNA)** appelée également Groupe de travail expertise national post-accident (**GT expertise national post-accident**) est activée **en phase de suivi immédiat**. Elle pourra venir en appui de la gestion locale de la CPA mise en place et assurera la coordination interministérielle (environnement, agriculture, et santé) des réponses à apporter au préfet en liaison avec les agences nationales compétentes (INERIS, Anses, SpF...). Elle assurera par ailleurs la cohérence gouvernementale de la communication au niveau national sur tous ces sujets.
- Le **CORRUSS en référence au guide ORSAN viendra en appui de l'ARS** pour définir avec elle pendant la phase d'urgence, si nécessaire, la réponse à donner à l'évènement, et coordonner cette réponse au niveau national en lien avec les ministères et les agences sanitaires concernés dans le CIC et lors de l'amorce de la CNA. Le CORRUSS n'assure pas le suivi du post-accidentel en revanche.

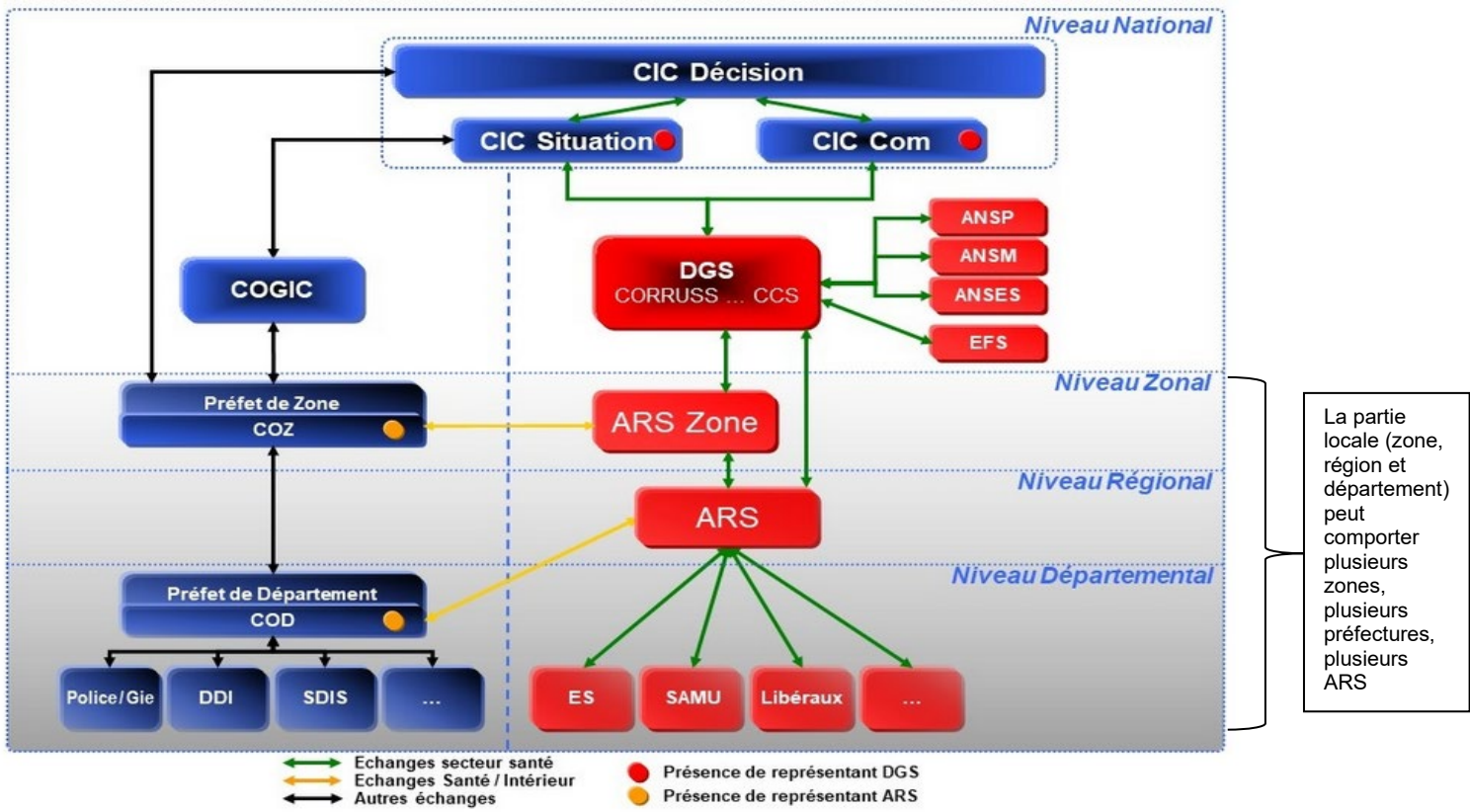
Nota bene : l'information du niveau régional de l'ARS relève de l'organisation de l'ARS et de ses procédures.

L'information du niveau zonal est faite par le préfet du département concerné. (cf. **schéma page suivante**).

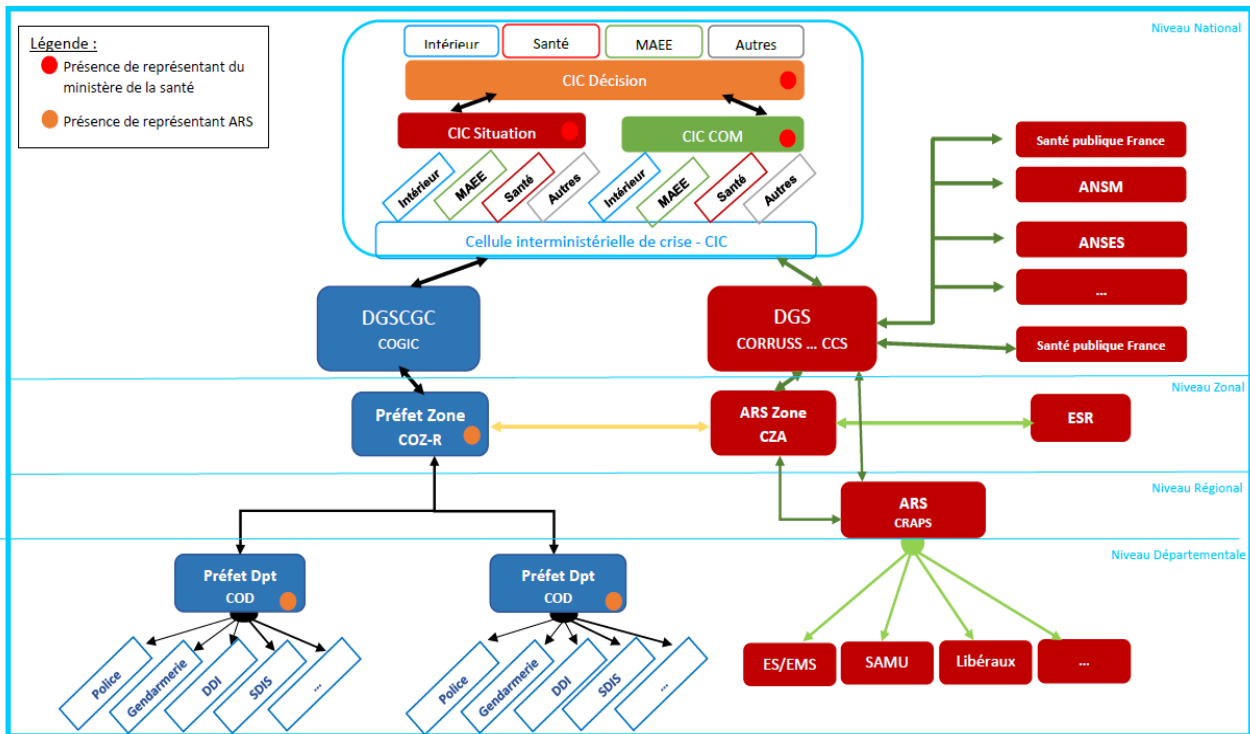
Les **deux schémas relatifs à la présentation de l'organisation de la gestion de crise** dans la phase d'urgence au niveau national **sont complémentaires** : l'un est grand public et présente de manière empirique l'organisation, alors que le deuxième est repris de l'instruction du CORRUSS du 27 juin 2013 et apporte des précisions au regard de l'organisation ARS.

¹ <https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/risques/pdf/circulaire-6095-sg-07-01-2019.pdf>.

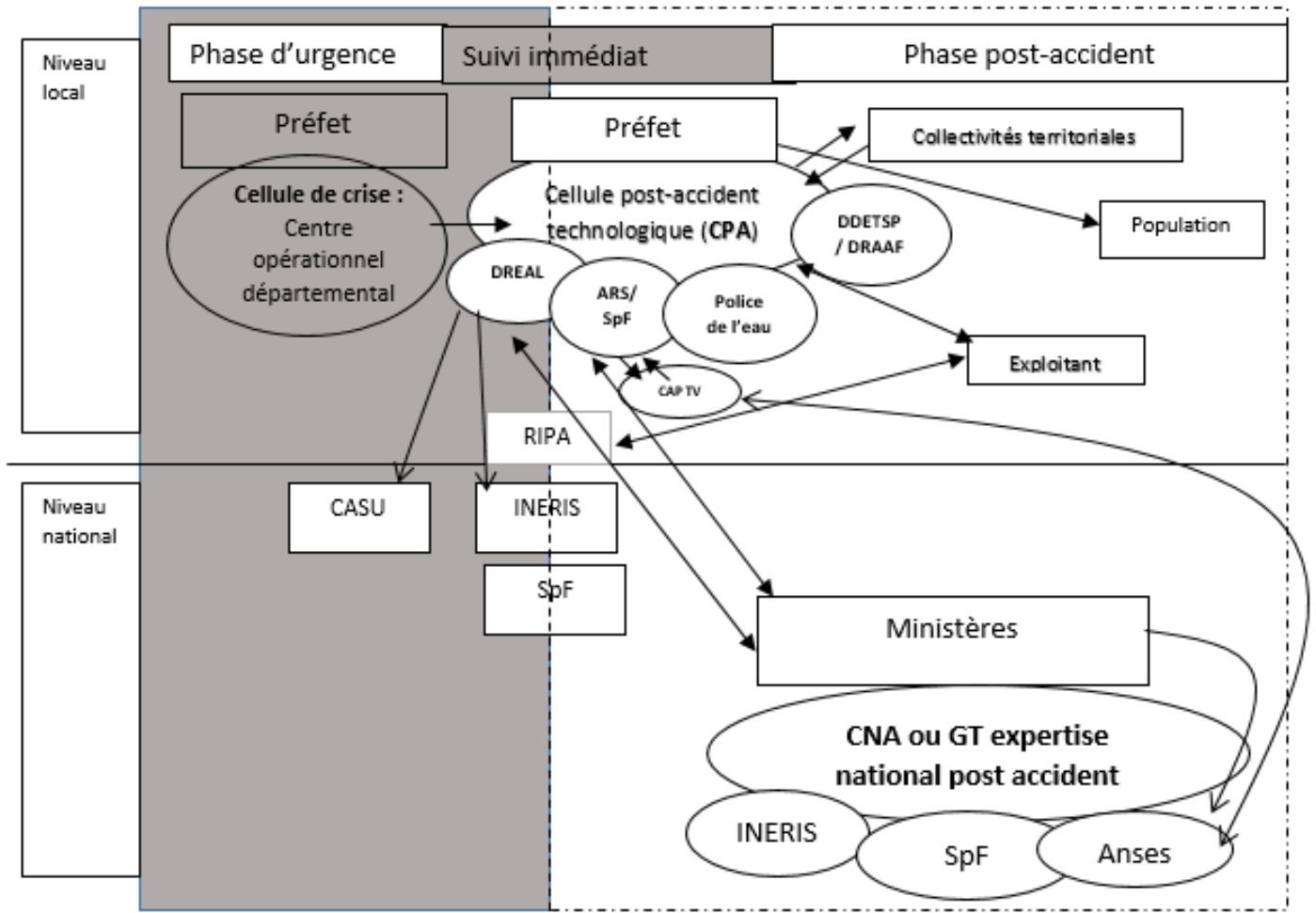
Schéma général de l'organisation de la gestion de crise au niveau national (phase d'urgence)



Source : site du Ministère de la santé et de la prévention



Source : Instruction n° DGS/DUS/CORRUSS/2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles (mise à jour avril 2023)



Source : schéma issu de la circulaire du 20 février 2012 relative à la gestion des impacts environnementaux et sanitaires d'événements d'origine technologique en situation post-accidentelle (mise à jour Ministère de la santé et de la prévention - juin 2023).

ANNEXE 3

LES PRÉ-REQUIS

Avant toute chose, il est nécessaire de s'approprier la circulaire du 20 février 2012 relative à la gestion des impacts environnementaux et sanitaires d'événements d'origine technologique en situation post-accidentelle qui donne le cadre général.

- **Connaître les organisations et les acteurs :**
 - Identifier, créer ou entretenir des liens privilégiés avec les services de l'État en charge de la gestion du risque industriel et de ses conséquences : SIDPC, D(R)EAL/DRIEAT mais aussi liens à créer avec les D(R)EETS, l'Éducation nationale (par exemple par l'établissement de convention) ; attention, toutefois, durant les phases de l'accident, les organisations et les acteurs peuvent différer.
 - Structurer le réseau local d'expertise sanitaire : cellule régionale de SpF, CAPTV, laboratoires, CHU et ESR, CRPPE, ORS, universitaires... Il s'agira notamment d'identifier pour chacune de ces structures, les missions et expertises qu'elles recouvrent, les ressources pouvant être mobilisées et les contacts à appeler en cas d'urgence ;
 - Protocoliser l'usage d'outils d'alerte pour les établissements sanitaires et médicaux-sociaux, ainsi que pour les professionnels de santé (voir annexe 5), des conseils de l'ordre et des URPS ;
 - S'assurer de la capacité des cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP) à se mobiliser en urgence.

- **Connaître son territoire :**
 - Développer la connaissance sur le risque industriel en lien avec la D(R)EAL/DRIEAT, le SIS le cas échéant : nombre, emplacement, type d'installations SEVESO présentes, identification des installations les plus à risques, connaissance des méthodologies d'analyses des risques et de sélection des scénarios retenus pour les plans d'urgence, connaissance des principales substances susceptibles d'être émises en fonction des différents scénarios (les plus graves comme les moins graves mais plus probables, à partir de l'analyse des études de dangers) et des impacts, et le cas échéant, des risques sanitaires associés (ces éléments pourront utilement être transmis aux experts) ;
 - Connaître les réseaux de laboratoires et acteurs du territoire et leurs capacités analytiques, notamment pour la phase d'urgence et de suivi immédiat (réseau RIPA, SIS, organismes en charge des premiers prélèvements et mesures mandatés par les exploitants industriels dont AASQA le cas échéant...) ;
 - Mettre à jour régulièrement l'annuaire et la carte des établissements sensibles (hôpitaux, établissements médico-sociaux, crèches [lien avec conseil départemental à établir], maternités...) afin d'être en mesure de les alerter rapidement ;
 - Tenir à jour l'annuaire et la liste des installations et équipements utilisés pour la production et la distribution des EDCH (captages, réservoirs susceptibles d'être impactés par des retombées une fois celles-ci modélisées) et des eaux de loisirs. Il est nécessaire de disposer d'éléments cartographiés pour faciliter la gestion ;
 - Connaître les organisations de la sécurité civile appliquées à ces accidents pour définir les articulations efficaces.

- **S'entraîner et capitaliser sur les expériences :**
 - se former à la gestion de crise¹ et également à la gestion post-accidentelle² ;
 - Organiser la réponse et les moyens internes à l'ARS en situation sanitaire exceptionnelle, notamment au sein des cellules régionales d'appui et de pilotage sanitaire (CRAPS), y compris en astreinte, en intégrant cette dimension risque technologique ;
 - Participer aux exercices organisés par le service interministériel de défense et de protection civiles (SIDPC) ou la D(R)EAL/DRIEAT sur le risque industriel ;
 - Organiser des RETEX en cas de survenue d'accident technologique et participer aux éventuels RETEX organisés par le niveau national.

- **Par ailleurs, la communication à faire en temps de crise en cas d'accident technologique doit également en partie être anticipée, en collaboration avec le préfet.**

Il est ainsi conseillé de **préparer en amont** un certain nombre d'éléments. À titre d'exemple, pourront être préparés les éléments suivants :

- Acculturer les professionnels de santé et les établissements de santé spécifiques aux industries du territoire et aux risques chimiques et technologiques ;
- Identification des experts ou relais d'opinion « neutres » sur lesquels s'appuyer en cas d'accident technologique comme les CAP TV par exemple ;
- Éprouver le logigramme des acteurs opérationnels pour la préparation et le partage des données environnementales standardisées et applicables aux enjeux des différents experts impliqués ;
- Préparation des éléments de langage (EDL) pour communiquer durant les différentes phases de la crise et intégrant les éléments d'incertitude, notamment prévoir une communication claire à faire rapidement sur les délais nécessaires à l'obtention des résultats d'analyse et au rendu des expertises ; ces travaux pourraient notamment être faits conjointement avec les préfetures et les services des installations classées dans le cadre des PPI sur les principaux risques (fumées par exemple) et sur les milieux possiblement impactés (eau, sols, etc.) ;
- Préparation des EDL par les exploitants à la demande des D(R)EAL/DRIEAT sur le risque en cas d'exposition aux substances les plus susceptibles d'être émises en cas d'accidents technologiques. La liste de ces substances pourra être établie à partir de l'analyse des études de dangers faites par les D(R)EAL/DRIEAT et les exploitants ;
- Préparation d'EDL ou de communiqués de presse (CP) types pour les situations où il y a dépassement du bruit de fond environnemental avec effets sanitaires réversibles (générant des plaintes ou des signalements), par exemple sur la potabilité de l'eau ;
- Préparation d'une foire aux questions-réponses avec les questions les plus fréquemment rencontrées en cas d'accident technologique.

Des exemples de CP, des propositions d'EDL, questions-réponses, infographies, fiches toxicologiques (...) seront utilement partagés sur le RESE et dans le réseau des ARS.

¹ <https://formation-continue.ehesp.fr/formation/gestion-des-situations-sanitaires-exceptionnelles-et-de-crise-destination-des-agents-en-U/>.

² <https://catalogue.ipecc.developpement-durable.gouv.fr/content/gestion-des-impacts-environnementaux-et-sanitaires-en-situation-post-accidentelle>.

ANNEXE 4

PLAN D'ACTION DES ARS

PHASE d'URGENCE et de SUIVI IMMÉDIAT		
Mise en alerte du système de santé et prise en charge des victimes		
ALERTER	Alerte du SAMU et réalisation de points de situation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Partage d'informations sur l'événement et coordination pour la mobilisation des établissements de santé et renfort pré-hospitaliers (respirateurs, PSM, transports sanitaires) (utilisation du module SSE de SiSAMU) ; ▪ Organiser la collecte et la transmission à SpF d'informations individuelles minimales (nom, téléphone, courriel) pour constitution d'un registre en cas d'études épidémiologiques (notamment depuis les PMA ou autres structures spécifiques de prise en charge de populations) ; ▪ Informations en cas d'impact sur la qualité du réseau d'eau potable.
	Alerte mission NRBC/SSE de l'établissement de santé de référence régional (ESRR C ou NR)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Partage d'informations et participation à l'expertise, notamment sur la prise en charge des victimes (nécessité de décontamination...) ; ▪ Organiser la collecte et la transmission à SpF d'informations individuelles minimales (nom, téléphone, courriel) pour constitution d'un registre en cas d'études épidémiologiques (notamment depuis les PMA ou autres structures spécifiques de prise en charge de populations).
	Alerte des établissements de santé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arrivée potentielle de victimes à prendre en charge (pouvant conduire à l'activation par <u>la direction de l'établissement</u> du plan de gestion de la perturbation de l'offre de soins de l'établissement – plan blanc) ; ▪ Continuité des activités de soins à assurer (notamment risque de tension en personnel du fait des consignes de sécurité émises par la préfecture, relatives à la limitation des déplacements si confinement ou évacuation de la zone impactée par l'accident et ses conséquences) ; ▪ Organiser la collecte et la transmission à SpF d'informations individuelles minimales (nom, téléphone, courriel) pour constitution d'un registre en cas d'études épidémiologiques (notamment depuis les PMA ou autres structures spécifiques de prise en charge de populations) ; ▪ Consignes de protection pour l'établissement et des personnes (mise à l'abri ou évacuation) ; ▪ Informations en cas d'impact sur la qualité du réseau d'eau.
	Information du CORRUSS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ouverture d'un événement SISAC qui devra être alimenté au fur et à mesure.

	Ouverture si besoin d'un évènement SIVIC et SiSAMU par le SAMU ou l'ARS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivi des prises en charge hospitalières et des urgences médico-psychologiques ; ▪ Organiser la collecte et la transmission à SpF d'informations individuelles minimales (nom, téléphone, courriel) pour constitution d'un registre en cas d'études épidémiologiques (notamment depuis les PMA ou autres structures spécifiques de prise en charge des populations.
	Alerte des établissements médico-sociaux	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informations sur l'évènement ; ▪ Consignes de protection de l'établissement et des résidents ; ▪ Informations en cas d'impact sur la qualité du réseau d'eau.
	Alerte des professionnels de santé libéraux (URPS, ordre et DGS-Urgent)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informations sur l'évènement ; ▪ Premiers éléments sur les consignes à donner aux patients (et si déjà définie, conduite à tenir en terme de prise en charge ou suivi médical) ; ▪ Informations en cas d'impact sur la qualité du réseau d'eau.
	Mise en place des systèmes de prise en charge médico-psychologique (CUMP), si nécessaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alerte via le SAMU d'une mobilisation possible des CUMP en vue d'une intervention rapide dans les centres d'accueil ou d'informations de proximité mis en place par le préfet.
COMMUNIQUER (LIEN AVEC LE PRÉFET)	Informations des représentants des usagers (CRSA et associations représentatives des personnes fragiles)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informations sur l'évènement et les consignes, préalablement partagées avec le préfet.
	Participation à la communication donnée sur les lieux d'informations de proximité mis en place par le préfet (CIP- Cellule d'informations du public)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anticiper des éléments de réponse aux interrogations de la population et des acteurs locaux pour alimenter la CIP ; ▪ Si exposition potentielle à une substance toxique pouvant avoir des conséquences immédiates ou différées, proposer une information spécifique pour une prise en charge préventive et médicale adaptée si possible dès la phase d'urgence et communiquer les mesures de prévention adéquates.

Protection de la ressource en eau utilisée pour la production d'eaux destinées à la consommation humaine, eaux de loisirs	
ALERTER	<p>Alerte des personnes responsables de la production et de distribution d'eau (PRPDE) destinée à la consommation humaine (EDCH)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identification des ressources et installations potentiellement impactées (y compris les ouvrages par des retombées de suies/particules : ex réservoirs via aérateurs ou installations à ciel ouvert) ; ▪ Protection des ouvrages et installations si besoin. <p>Alerte des personnes responsables d'eaux de loisirs (baignade (PREB), piscines)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identification des lieux potentiellement impactés ; ▪ Protection des installations si besoin / possible ; ▪ Établir des consignes sanitaires en lien avec les PREB.
ÉVALUER	<p>Participation à l'évaluation de la situation en lien avec préfecture/D(R)EAL ou DRIEAT/SIS et mobilisation des expertises sanitaires</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fournir en lien avec les PRPDE les éléments relatifs à : <ul style="list-style-type: none"> • la cartographie des ouvrages et installations, situation par rapport au lieu de l'évènement, du panache de fumées le cas échéant et du déversement des eaux d'extinction (périmètre de protection, aval hydraulique, temps de transfert...); • l'information sur la capacité de gestion d'une éventuelle perturbation d'approvisionnement (adaptation de la filière de traitement, ressource de secours, interconnexion, etc.), notamment en cas d'utilisation du réseau d'eau potable par le SIS pouvant entraîner la mise en dépression du réseau, consommation de toute l'eau d'un réservoir d'eau, arrêt du pompage... ; ▪ Faire le lien avec ORSEC eau potable <u>si perturbation majeure de l'alimentation en eau potable menant à des interdictions de consommation notamment.</u>

ANALYSER et EXPERTISER	<p>En cas de risque identifié :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ définir la stratégie de surveillance, notamment sur les ressources EDCH et stockages superficiels pouvant être impactés, les eaux de loisirs pouvant être impactées ; ▪ mobiliser le(s) laboratoire(s) du contrôle sanitaire, voire du laboratoire biotox-eaux¹ sur métrologie, prélèvements, analyses, résultats ; ▪ mobiliser l'expertise locale ou nationale sur les techniques d'analyses d'eau (laboratoire hydrologique de Nancy de l'Anses - via DGS) ; ▪ réaliser des prélèvements d'échantillons d'eau sur les ouvrages et installations potentiellement impactés ; ▪ saisir <i>via</i> la D(R)EAL/DRIEAT, le BRGM pour l'identification de tous les captages souterrains susceptibles d'avoir une connexion rapide avec les eaux de surface, leur hiérarchisation en fonction de leur sensibilité et la définition des fréquences de suivi associées. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réaliser des prélèvements et des analyses, sur les ressources en eau identifiées et l'EDCH : <ul style="list-style-type: none"> • en phase d'urgence², sur un large panel de substances, en ayant recours si possible ou si nécessaire à des méthodes de screening non ciblées ; • en phase de suivi immédiat, affinement des analyses à effectuer sur la base des résultats précédents ; ▪ Réaliser des prélèvements d'échantillons d'eaux conservatoires ; ▪ Demander à la D(R)EAL/DRIEAT d'être destinataires des résultats d'analyses sur les eaux d'extinction, et demander au SIS la composition des produits ajoutés à l'eau pour l'extinction ; ▪ Partager cette analyse avec le CAP-TV pour identifier les pathologies susceptibles de survenir et SpF pour, sur cette base, identifier les possibles indicateurs de surveillance SurSaUD à mettre en œuvre voire intégrer l'information dans les études épidémiologiques à mettre en œuvre ; ▪ Établir des recommandations sanitaires et mesures de gestion si nécessaire (confinement ou évacuation, fermeture d'établissements ERP et limitation de circulation) une fois l'intervention du SIS achevée.
Évaluation du risque et élaboration des consignes de protection des populations		
EXPERTISER	<p>Évaluation du risque sanitaire immédiat (rejets éventuels, dépôts...) à partir des premiers résultats de mesures (éventuelles mesures en continu, mesures en phase d'urgence par les SIS notamment, l'exploitant) et des modélisations éventuellement réalisées par la CASU sur demande de la D(R)EAL/DRIEAT ou du SIS.</p> <p><i>NB : veiller à définir une articulation avec SpF pour s'assurer que les analyses réalisées prépareront, lorsque cela est pertinent, la définition des études utiles pour le post-accidentel et la définition des zones dans lesquelles des populations sont exposées.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mobiliser dès que possible le CAP-TV de la zone et en alerter l'Anses en tant que coordonnateur des CAP TV par information de la DGS EA/VSS <i>via</i> l'évènement SISAC créé pour VSS et par message à DGS-EA1@sante.gouv.fr ; ▪ Participer à la sollicitation de la CASU par la D(R)EAL (définition de la zone d'étude et des paramètres à investiguer), en s'appuyant le cas échéant sur SpF ; ▪ Participer à l'analyse de l'expertise coordonnée entre CAP-TV, CASU, SIS, CRPPE ; ▪ Assurer une veille sur les valeurs toxicologiques de référence en fonction de la durée de l'évènement ; ▪ Solliciter, si la situation ou l'accident le nécessite, l'appui du Ministère de la santé et de la prévention pour mobiliser les expertises nationales (Anses et INERIS notamment) <i>via</i> l'évènement SISAC créé pour VSS et par message à DGS-EA1@sante.gouv.fr .

¹ Instruction n° DGS/DUS/EA4/2016/88 du 4 mars 2016 relative à l'organisation et au fonctionnement du réseau des laboratoires biotox-eaux.

² <https://www.ineris.fr/fr/omega-16-recensement-substances-toxiques-ayant-impact-potentiel-court-moyen-long-terme-susceptibles>

COMMUNIQUER (EN LIEN AVEC LE PRÉFET)	<p>Contribution à l'élaboration et diffusion (vers les professionnels de santé uniquement), le plus tôt possible, des messages précisant des mesures de protection de la population en lien avec les experts :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ recommandations sanitaires et conduites à tenir pour la population générale (dont les populations sensibles³) ; ▪ recommandations sanitaires et conduites à tenir pour les professionnels de santé vis-à-vis de la population et de leurs patients, notamment leurs patients considérés à risque au regard de la situation. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relayer et adapter les consignes de protection sanitaire applicables ou prévues (confinement, limitation de déplacement, fermeture d'établissements...) ; ▪ Délivrer les recommandations hygiéno-diététiques et sanitaires (basées sur les mesures conservatoires adoptées dans l'attente des résultats d'analyse à venir), notamment : <ul style="list-style-type: none"> • conduite à tenir (CAT) vis-à-vis des dépôts ; • non consommation des produits du jardin ou de cueillette, élevage domestique (envisager la recommandation d'arrêté préfectoral de restriction d'usage) ; • limitation des activités physiques en extérieur ; • CAT en cas de symptômes /CAT spécifiques pour les personnes sensibles. <p>Afin d'assurer la cohérence des recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> • faire le lien <u>dans le cadre de la cellule de crise préfectorale</u> avec la DSDEN pour l'établissement des recommandations dans les établissements scolaires ; • faire le lien <u>dans le cadre de la cellule de crise préfectorale</u> avec les DDETS-PP pour mettre en cohérence les recommandations relatives à l'autoconsommation (jardins familiaux, élevage domestique, cueillette, pêche...) et aux productions agricoles, et pour les recommandations relatives aux travailleurs d'autre part ; • échanger régulièrement avec les établissements de santé et les professionnels de santé libéraux voire avec les représentants d'établissements médico-sociaux pour faciliter la compréhension des messages et cohérence des CAT ; • échanger avec le comité permanent de la CRSA pour compréhension des messages et relai informations.
	<p>Élaborer les recommandations sanitaires vis-à-vis de l'eau destinée à la consommation humaine et des eaux de loisirs et les diffuser (mesures de gestion adaptées)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Élaborer des CAT vis-à-vis de la consommation et de l'utilisation d'eau (dont eau du réseau de distribution publique, eau des puits privés⁴, piscines...) ▪ Rédiger des arrêtés de restrictions d'usages le cas échéant.

³ Populations vulnérables : femmes enceintes, nourrissons et jeunes enfants, personnes de plus de 65 ans, personnes souffrant de pathologies cardiovasculaires, insuffisants cardiaques ou respiratoires, personnes asthmatiques.

Populations sensibles : personnes se reconnaissant comme sensibles lors des pics de pollution et/ ou dont les symptômes apparaissent ou sont amplifiés lors des pics (par exemple : personnes diabétiques, personnes immunodéprimées, personnes souffrant d'affections neurologiques ou à risque cardiaque, respiratoire, infectieux) définition issue du site gouvernemental : <https://territoire-environnement-sante.fr/thematiques/populations-vulnerables>.

⁴ Possible connaissance en amont de la liste non exhaustive de forages domestiques (<https://declaration.forages-domestiques.gouv.fr/ForagesDomestiquesWar/>) => nécessite de s'être inscrit en amont.

Évaluation de l'impact sanitaire immédiat		
ANALYSER	Analyse des indicateurs sanitaires/ recours aux soins	<p>Demander à SpF l'activité de l'offre de soins urgence du territoire défini comme impacté par l'évènement (système Sursaud®) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ l'activité et les motifs de consultations en lien avec l'évènement à SOS médecins ; ▪ l'activité et les motifs de recours des structures d'urgence publiques (OSCOUR) et privées en lien avec l'évènement. <p>Informations à recueillir directement par l'ARS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ l'activité du SAMU : volumétrie/types d'informations demandée/nature de l'appel (via l'application SiSAMU) ; ▪ l'activité hospitalière via SIVIC et répertoire opérationnel des ressources en santé (ROR) ou ORU (observatoire régional des urgences) pour anticiper les tensions hospitalières ; ▪ l'activité de médecine libérale : en lien notamment avec la CPAM pour comptabiliser les arrêts de travail et le recours à un médecin généraliste, les organisations professionnelles, les acteurs locaux ; ▪ l'activité des CUMP via SIVIC ; ▪ l'activité des CAP-TV (nombre d'appels notamment) ; ▪ s'il existe, l'activité du recueil des signalements des plateformes AASQA.
Anticipation de la phase post-accident		
EXPERTISER	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mobiliser, si nécessaire, les expertises utiles à l'établissement des stratégies d'échantillonnage et de surveillance de l'eau destinée à la consommation humaine, des eaux de loisirs, des jardins potagers, des élevages domestiques et des lieux de cueillette ou pêche récréative ▪ S'assurer de l'inscription, le cas échéant, dans le plan de prélèvements prévu par l'arrêté préfectoral de mesures d'urgence (APMU) prescrit à l'exploitant de la surveillance des jardins potagers, élevage domestique, zones de cueillette et de pêche récréative, eau destinée à la consommation humaine, eaux de loisirs... 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se rapprocher de la DRAAF et de la DDTM pour s'assurer de la cohérence des plans d'échantillonnage ; <p><u>Si l'ampleur de l'accident ou ses effets le justifie, il pourra être fait appel à l'expertise nationale sur le :</u></p> <p>Volet eau :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ solliciter la DGS EA/VSS pour saisir l'Anses sur la stratégie d'échantillonnage et de surveillance de l'eau destinée à la consommation humaine et des eaux de loisirs. NB : en fonction de la gravité de l'évènement, il pourra être évalué l'opportunité d'alternatives locales plus réactives telles que les laboratoires départementaux. <p>Volet jardins potagers-élevages domestiques, etc. :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ demander à la DGS EA/VSS de compléter la saisine de l'Anses relative au plan de surveillance des cultures avec la demande d'établissement du plan d'échantillonnage et de surveillance dans les jardins potagers, des élevages domestiques et dans les zones de cueillette/pêche récréative afin d'envisager le risque lié à l'autoconsommation, en lien avec la DGAL pour les productions professionnelles.
EXPERTISER	Saisir SpF en vue des études de santé <i>NB : la saisine SpF peut être initiée par la DGS en fonction de l'ampleur ou des effets de l'accident</i>	<p>Saisir SpF pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ anticiper les futures études de santé grâce au recueil des informations nécessaires en phase urgence : <ul style="list-style-type: none"> • définissant la stratégie d'évaluation des impacts sanitaires de l'évènement à court, moyen et long termes ; ▪ mettre en œuvre rapidement les premières études de santé.

ANNEXE 5

DGS-URGENT

Dans le cadre d'alertes ou de crises sanitaires à portée nationale, la Direction générale de la santé (DGS), par l'intermédiaire du Centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et sociales (CORRUSS), peut diffuser des informations, recommandations, ou conduites à tenir pour les professionnels de santé. Ces messages prennent la forme de DGS-Urgents (DGS-U). Il s'agit de messages électroniques sécurisés, de lecture rapide, qui peuvent être diffusés à la totalité de la base nationale des abonnés dotés d'un numéro RPPS (Répertoire partagé des professionnels de santé).

Les DGS-U sont publiés par le CORRUSS sur le site du Ministère de la santé et de la prévention (MSP), où ils sont archivés (<https://sante.gouv.fr/professionnels/article/dgs-urgent>). Ces messages peuvent être adressés à tout ou partie du territoire national (en se limitant à un ou plusieurs départements) et peuvent être diffusés à une ou plusieurs professions de santé ciblées par son contenu.

Dans le cas où seul un territoire est concerné par un événement de santé, l'ARS de ce territoire peut, si besoin et en l'absence d'outil au niveau local pour informer les professionnels de santé, demander au CORRUSS de diffuser un message par DGS-Urgent dans le (ou les) département(s) concerné(s). Le message pourra être préparé par l'ARS en lien avec le CORRUSS. Ce dernier s'assurera notamment de la cohérence des messages diffusés dans le cas où plusieurs ARS seraient impactées. Une fois validé, le CORRUSS se charge de l'envoi du message DGS-Urgent aux professionnels de santé.

L'utilisation du DGS-Urgent est à envisager en phase d'urgence et éventuellement de suivi immédiat, tant qu'une CNA est activée par exemple et ce, sans préjudice de la communication locale sur l'évènement.

ANNEXE 6

ÉVALUATION DE L'IMPACT SANITAIRE IMMÉDIAT ET DIFFÉRÉ

Les démarches épidémiologiques impliquent de partager les éléments de contextes environnementaux et sanitaires avec Santé publique France (SpF) dès la phase d'urgence et les phases suivantes.

La finalité de ces études est d'établir, dès l'accident et dans les premiers temps qui le suivent, un premier bilan des événements de santé au moyen d'accès à des données fiables, opérationnelles et structurées. Ce premier bilan servant à identifier les populations touchées et la nature des effets.

En fonction du contexte de l'accident, des infrastructures locales disponibles et des ressources individuelles et collectives engagées, les personnes manifestant des effets aigus ou immédiats seront adressées, selon la gravité des atteintes, vers les dispositifs d'offre de soins publics ou privés, habituels ou exceptionnels. Dans le cas d'effets ressentis modérés et réversibles, les personnes pourront ne pas avoir recours, au moins immédiatement aux systèmes de soins, par choix ou selon les circonstances.

En première intention, l'analyse de l'impact des effets à court terme sur la santé des populations va s'appuyer sur les systèmes d'informations existants et directement mobilisables par SpF en lien avec ses partenaires, complétés le cas échéant dans un second temps, et selon les circonstances, par des dispositifs déployés spécifiquement. L'objectif de ces dispositifs complémentaires est de couvrir plus largement les effets potentiels ou les populations situées dans une zone d'impact si les dispositifs d'offre de soins habituels ne le permettent pas. Ils seront adaptés au contexte de l'accident, aux mesures de gestion mises en place et déployés si des informations supplémentaires sont nécessaires pour évaluer globalement l'impact sur la santé. Ces dispositifs, pour être organisés en urgence, nécessitent d'être préparés et testés en lien avec SpF, en amont de situations accidentelles pour disposer d'outils opérationnels.

I. Dans la phase d'urgence et de suivi immédiat

Le dispositif SurSaUD® (surveillance sanitaire des urgences et des décès) est animé par SpF en lien avec les structures d'urgences, les associations SOS médecins et les données de mortalité produites par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Dès le lendemain d'un accident industriel, ce dispositif permet d'analyser les recours aux soins d'urgence ayant eu lieu le jour de l'accident, puis les jours suivants. Ces données accessibles en temps quasi réel permettent de vérifier si un changement dans le recours aux soins est observé consécutivement à l'accident, notamment le recours aux structures d'urgences et aux associations SOS médecins. Elles donnent une bonne description des premiers effets importants sur la santé. Le système permet la centralisation quotidienne d'informations, provenant de :

- un peu plus de 600 services d'urgence participant au réseau de surveillance coordonnée **des urgences (OSCOUR®)** ;
- **60** associations SOS médecins (données de médecine d'urgences de ville) ;
- 3 000 communes, pour les données de mortalité, par l'intermédiaire de l'INSEE.

Le système SurSaUD® recouvre ainsi respectivement 86 % de l'activité des services d'urgences en France, 90 % de l'activité SOS médecins et 80 % des décès quotidiens. En complément des données de mortalité de l'INSEE, les médecins ont la possibilité, depuis 2008, de certifier les décès électroniquement en accédant à un site sécurisé. Développé et mis en œuvre par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), ce système prévoit un accès rapide pour SpF aux informations concernant les causes médicales de décès.

II. Dans la phase post-accidentelle

1. Études de santé déclarée en population

Ces études peuvent permettre de répondre à deux types d'objectifs :

- décrire l'impact de l'accident industriel en termes :
 - de perception de facteurs de risque : stimuli visuels, bruits, odeurs, débris ;
 - de symptômes : effets de toxicité chimique, troubles de santé mentale ;
 - de qualité de vie et de santé générale en intégrant les dimensions psychologiques et sociales.
- Évaluer les attitudes et perceptions de la population : décrire l'attitude face au risque et la façon dont la personne enquêtée a perçu les recommandations et messages d'informations lors de l'incendie (dans le but d'adapter les outils et les messages).

2. Suivi dans le temps d'indicateurs de santé, à partir des données du système national des données de santé (SNDS), pour des pathologies pouvant marquer l'impact de l'accident sur les populations exposées.

Cette surveillance repose sur le Système national des données de santé (SNDS), qui couvre tout le territoire national et compile des données exhaustives (recours aux soins, hospitalisations et causes de décès), quelle que soit la pathologie. Elle permet de suivre dans le temps, l'état de santé des personnes qui résidaient dans la zone impactée au moment de l'accident, même si elles déménagent. Elle permet également de repérer tout signal d'évolution de tendance par rapport à la population générale et ainsi de déclencher le cas échéant des investigations ciblées.

3. Enquête de biosurveillance

Il s'agit de mesurer l'imprégnation des populations à certaines substances émises lors de l'accident via des prélèvements biologiques (sang, urines, cheveux...) et d'identifier des populations sur-imprégnées et donc sur-exposées à certaines substances. Ces enquêtes ne seront mises en œuvre que lorsque les résultats des analyses environnementales auront mis en évidence un marquage environnemental en lien avec l'accident. (se référer au guide SpF en cours).

III. Réflexions en cours

SpF, suite à une saisine de la DGS et de la DGT mène actuellement une réflexion sur les modalités de suivi des expositions des travailleurs et de la population générale, à court, moyen et long termes, suite à un accident technologique. Cette réflexion inclut l'évaluation de la pertinence et de la faisabilité de mettre en place des prélèvements biologiques conservatoires très rapidement après l'évènement, soit dès la phase de suivi immédiat.

Un guide sur la biosurveillance post-accidentelle est en cours de rédaction (finalisation prévue premier semestre 2023).

Enfin, afin de répondre aux besoins des gestionnaires, SpF évalue également la possibilité de mettre en place, dans l'urgence, un protocole de recueil de données permettant de prendre en compte et d'évaluer le ressenti physique et psychologique des personnes exposées rapidement après l'évènement.

ANNEXE 7

ORGANISATION DE L'ÉVALUATION DU RISQUE SANITAIRE EN PHASE D'URGENCE

Durant la **phase d'urgence**, qui est une phase réflexe, **l'évaluation du risque repose sur l'expertise du SIS** en lien avec l'exploitant et la D(R)EAL/DRIEAT (à partir des données de l'étude de dangers, du POI, du PPI, des répertoires EtaRé et le cas échéant, des premiers résultats des mesures et prélèvements).

Néanmoins, **en cas de questionnement de l'ARS par le préfet** sur le risque sanitaire, l'ARS pourra, pour répondre, avoir besoin au préalable :

- des informations sur la nature, la toxicité et les concentrations dans les milieux des produits émis susceptibles d'exposer les populations ;
- de la durée estimée de l'évènement ;
- de consulter les experts des CAPTV, CRPPE¹, voire de l'Anses, sous couvert de la DGS pour appréhender le risque sanitaire et notamment connaître les valeurs sanitaires de référence dans tous les milieux impactés.

Le site <https://www.INERIS.fr/fr/omega-16-recensement-substances-toxiques-ayant-impact-potentiel-court-moyen-long-terme-susceptibles> recense des substances toxiques (ayant un impact potentiel à court, moyen et long termes) susceptibles d'être émises par un incendie.

Afin de situer les différents acteurs impliqués dans l'évaluation du risque sanitaire en phase d'urgence, et notamment les experts, agences ou services en capacité d'apporter une expertise spécifique et utile à cette évaluation, une proposition de cartographie (page suivante) a été réalisée pour la phase d'urgence et de suivi immédiat.

Informations sur les délais d'expertise

CASU (cf. annexe 8) :

Délai de réponse de 30 minutes à quelques heures (une fois les données transmises par le demandeur) - expertise fournie oralement par téléphone dans un premier temps.

Modélisation : 1 à 2h si situations post-accidentelles ;

Jusqu'à 10 km (en une heure) : outil informatique permettant à la CASU la modélisation des dispersions simples voire jusqu'à 20km sous certaines conditions ;

Jusqu'à 100 km (en 2h), outil informatique permettant à la CASU la modélisation des dispersions complexes prenant en compte la topographie, les obstacles comme les bâtiments, les dépôts ainsi qu'une météorologie plus précise ;

Au-delà de 100 km => l'INERIS intervient via un modèle peu compatible avec l'urgence et dont l'utilisation demeure réservée.

Anses (cf. annexe 9) :

L'Anses détermine, en fonction de la question soulevée, la nature de l'expertise apportée qui peut être un appui scientifique et technique (AST) ou un avis émis par un GECU si déjà constitué (dans ce cas mise en œuvre non immédiate, mais une fois armé très grande réactivité).

Délai de réponse : selon nature de la demande et disponibilité des données de 24/48h à 6 semaines (protocole d'expertise en urgence).

CAPTV :

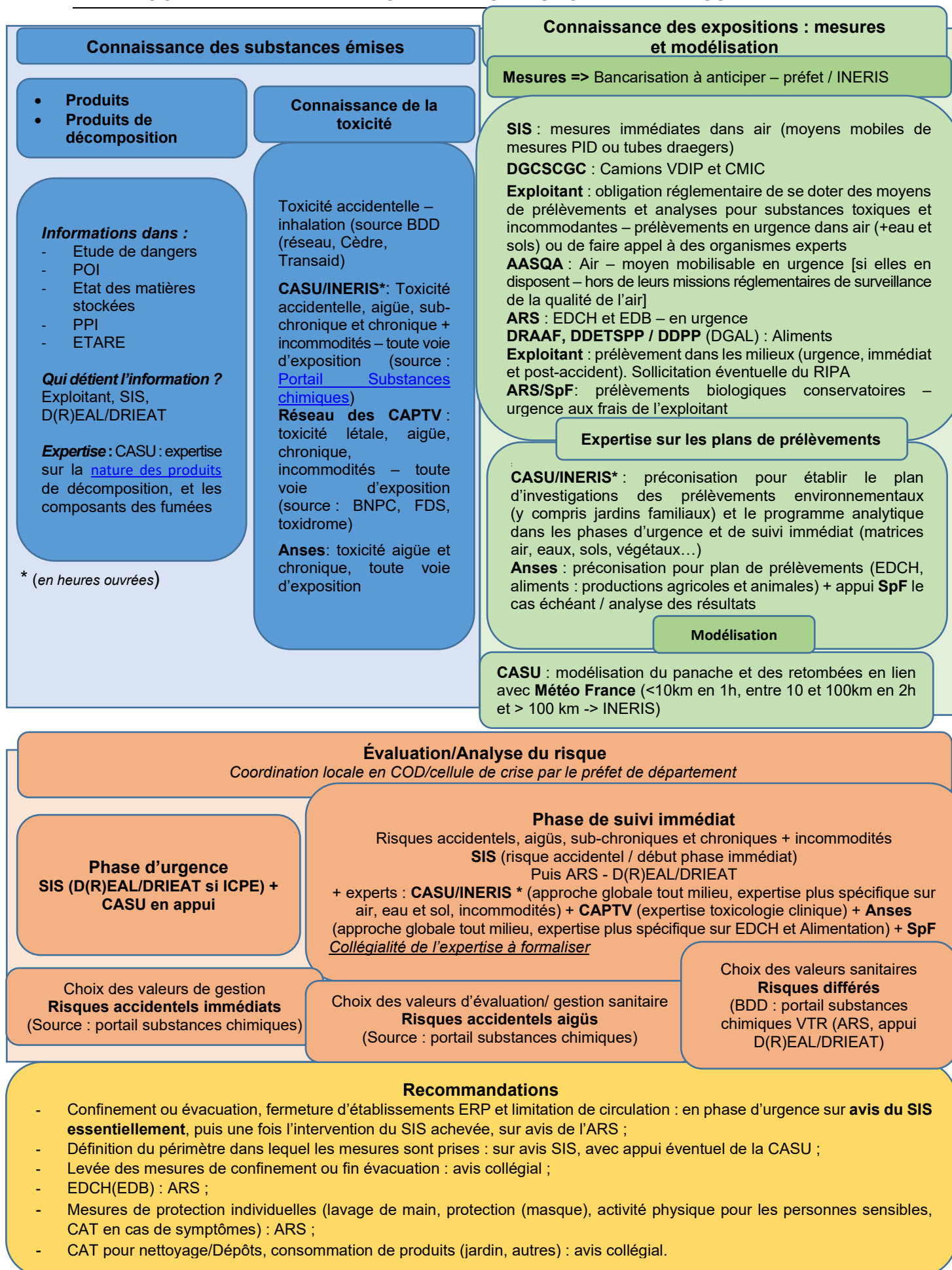
Réponse téléphonique à l'urgence : première réponse orale immédiate.

Analyse données : Base nationale des produits et composition (BNPC) : compositions, FDS.

Réponse construite et synthèse de toxicité écrite. Délai de réponse d'une à quelques heures pour transmission à l'ARS et à l'Anses.

¹ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_mig_f10_crppe.pdf

CARTOGRAPHIE DE L'EXPERTISE EN PHASE D'URGENCE ET DE SUIVI IMMÉDIAT



ANNEXE 8

EXPERTISE DE L'INERIS**La Cellule d'appui aux situations d'urgence (CASU) : expertise sur les prélèvements environnementaux à réaliser dans la phase d'urgence et l'évaluation du risque.**

La CASU est opérationnelle 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. La cellule apporte aux autorités publiques une aide à la décision immédiate en cas de danger à caractère technologique avéré ou imminent pour l'homme ou l'environnement. Elle mobilise des équipes pluridisciplinaires d'astreinte et, selon les besoins, les moyens scientifiques et techniques de l'INERIS. Les modalités d'intervention de la CASU sont décrites dans la circulaire du 15 juillet 2005 relative aux missions et modalités d'intervention de l'INERIS par sa Cellule d'appui aux situations d'urgence (CASU) dans le contexte général de l'aide aux pouvoirs publics en cas d'accident impliquant des substances dangereuses non radioactives¹.

Pour obtenir l'appui de la CASU sur des points particuliers ou participer à la définition des contours de la demande, **l'ARS s'associera à la D(R)EAL/DRIEAT qui est en charge de saisir la CASU.**

Les domaines d'intervention de la CASU :

- Dangerosité des substances ou des réactions chimiques directement incriminées ou celles qui sont susceptibles de se former au cours de l'accident (produits de décomposition, composants des fumées d'incendie...);
- Accidentologie ;
- Analyse des risques selon la caractéristique de l'évènement ;
- Caractérisation des phénomènes dangereux et évaluation de leurs effets immédiats ou différés sur l'homme et/ou sur l'environnement (milieu naturel, bâtiments et infrastructures) ;
- Évaluation des risques liés au dispositif de lutte contre le sinistre, en concertation avec les services de secours et ceux en charge de la gestion de l'accident ;
- Prélèvements environnementaux et/ou des analyses à réaliser dans la phase d'urgence et de suivi immédiat.

La CASU est notamment en capacité de réaliser, en lien avec Météo France, des modélisations de panaches et des zones de retombées maximales, informations essentielles pour évaluer l'étendue de la zone et des populations impactées et ainsi orienter/affiner le plan de prélèvements.

En termes de réponses, la CASU peut apporter rapidement et dans un premier temps des éléments par oral, qu'elle confirmera dans un délai un peu plus long par écrit.

- **Expertise globale INERIS mobilisable par D(R)EAL/DRIEAT ou MTECT (voire ARS sous réserve de financement si cela ne rentre pas dans une saisine ou préoccupation commune avec le MTECT)**

L'INERIS peut apporter son expertise pour évaluer les risques directs et indirects sur l'Homme et l'environnement engendrés par un accident : élaboration du schéma conceptuel de l'exposition, identification de la zone d'impact, élaboration de plans de prélèvements environnementaux, réalisation d'analyses, interprétation de l'état des milieux évaluation des risques sanitaires selon les référentiels *ad hoc*. Il peut être mobilisé par la D(R)EAL/DRIEAT ou le MTECT, voire l'ARS sous réserve de financement.

¹ https://aida.ineris.fr/consultation_document/7479.

▪ **Réseau d'intervenants en situation post-accidentelle (RIPA) : réalisation en urgence des prélèvements environnementaux**

L'INERIS pilote et anime le réseau RIPA. Le RIPA rassemble des laboratoires et des préleveurs volontaires qui se sont engagés à respecter une charte élaborée par l'INERIS afin de garantir la qualité des prélèvements et des analyses dans le domaine de la caractérisation des impacts de substances dangereuses dans l'environnement. Ces engagements portent sur les compétences et les moyens dont l'organisme doit disposer pour assurer une mission de qualité, ainsi que sur le contenu et le délai de restitution des résultats. Il convient donc, dans le cadre de la gestion des situations post-accidentelles, de privilégier le recours aux organismes ayant adhéré à cette charte.

Ces laboratoires et préleveurs peuvent disposer d'astreintes (démarche volontaire).

Le RIPA peut-être sollicité par l'exploitant de l'activité à l'origine du sinistre, ou éventuellement par les services de l'État. La D(R)EAL/DRIEAT dispose de la liste détaillée avec les coordonnées de tous les membres du réseau. La liste publique, plus succincte, est disponible à partir du lien ci-après : <https://www.INERIS.fr/fr/INERIS/institut-bref/cellule-appui-situations-urgence-casu/reseau-intervenants-situation-post>.

ANNEXE 9

EXPERTISE DE L'ANSES ET MODALITÉ DE MOBILISATION**Expertise de l'Anses**

Pour toute évaluation de risque sanitaire, l'Anses met en œuvre le même processus d'expertise collective qui repose sur des collectifs d'experts dans les différentes disciplines nécessaires :

- des comités d'experts spécialisés (CES) dont le champ de compétence est défini par l'Anses et validé par le conseil d'administration après avis du conseil scientifique ;
- des groupes de travail *ad hoc* (GT) en appui des CES, mis en place pour des thématiques spécifiques ;
- des groupes d'expertise collective d'urgence (GECU).

Coordination des CAP-TV

Depuis le 1^{er} janvier 2016, l'Anses est responsable de la toxicovigilance et coordonne le dispositif national et les activités de vigilance des centres antipoison (CAPTV).

Les CAP assurent une mission d'expertise toxicologique 24h/24 et 7 jours/7, via la réponse téléphonique à l'urgence (RTU), ouverte à tout demandeur (public, professionnel de santé ...), ainsi que la mission de toxicovigilance en lien avec les agences régionales de santé. La mission de RTU est coordonnée par la DGOS.

Saisine et expertise en urgence de l'Anses : elle relève du niveau national.

La saisine se fait via le CORRUSS en phase d'urgence.

Hors phase d'urgence, la SD EA prend le relais.

Saisine en urgence : les modalités sont précisées dans le protocole précisant les relations entre l'Anses et les ministères de tutelle pour les saisines d'expertise en urgence, signé le 24 février 2011.

Le délai moyen de rendu de l'expertise varie de quelques heures à six semaines.

Dans le cas d'une évaluation des risques sanitaires, l'expertise est menée de manière collective, sauf exception, avec l'appui d'un groupe d'experts sollicités dans ce cadre (ex. GECU).

GECU : groupe d'expertise collective d'urgence

Le concept de GECU présente, notamment, les caractéristiques suivantes :

- Création d'un groupe multidisciplinaire, avec des experts internes et externes ;
- Respect des règles de déclarations d'intérêts ;
- Création d'une cellule d'urgence composée d'experts internes en soutien à l'unité en charge des saisines, en particulier pour préparer la rédaction des avis à partir des contributions orales et des avis émis par les experts lors des débats ;
- Réduction des durées entre les étapes (possibilité de réunions téléphoniques) mais respect de la traçabilité par l'utilisation des moyens télématiques (enregistrement, compte rendu...).

ANNEXE 10

OUTILS ET RESSOURCES EN COMMUNICATION MOBILISABLES PAR LES ARS

Ressources d'information disponibles et/ou utiles à la gestion d'un accident technologique					
Type de ressource	Objet	Cibles	Format	Émetteur	Lien vers la ressource si existante
Doctrine de communication en situation de crise	Création d'un kit de communication dédié	Population générale et Médias	Kit socle de communication incluant des éléments de doctrine et des outils pratiques (modèles communiqués de presse, FAQ, infographies...)	ARS/Préfecture	
Doctrine de communication en situation de crise	Méthodologie de gestion communication de crise / fiche acteurs/	Population générale et acteurs de la crise	Dispositif ORSAN régional - Guide méthodologique (publication 2023)	MSP	
Informations générales	Conduite à tenir en cas de situation d'urgence et d'accident industriel	Population générale, professionnels de santé	Éléments de langage (EDL)	Gouvernement MTECT	https://www.gouvernement.fr/risques/se-preparer-a-une-situation-durgence https://www.georisques.gouv.fr/minformer-sur-un-risque/accident-industriel Le portail Géorisques Gouvernement.fr
Informations particulières	EDL recommandations sanitaires en cas d'accident industriel	Population générale, professionnels de santé et du médico-social	Foire aux questions (FAQ) + infographies	ARS/Préfecture	
Doctrine de communication en situation de crise	Création et diffusion de contenus destinés aux professionnels de santé en cas de nouvelle urgence sanitaire	Professionnels de santé	Guide opérationnel	MSP	https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_delpetch_vibert.pdf

Vecteurs d'information mobilisables dans la gestion accident technologique toutes phases						
Outils	Objet	Cibles	Émetteur	Quoi	Interaction possible par ajout d'info (ARS/DGS...)	Remarque
Commission de suivi de sites	Relais d'info fiabilisées pour partage notamment dans la société civile	Société civile	Sous l'égide du préfet	Partage d'informations et d'études	Canal à envisager en sus des moyens de communication classique - l'ARS y participe	À articuler avec le reste de la communication
FR-ALERT	Informations urgence cellulaire	Population générale dans le secteur déterminé	Ministère Intérieur (préfet)	Message d'alerte	Non à ce jour	Nécessite que le téléphone soit allumé et pas en mode avion
DGS-Urgent	Information et conduite à tenir	Professionnels de santé (PDS) abonnés	CORRUSS	Informations et posture	Oui adaptable par périmètre géographique	Collaboratif - les ARS peuvent apparemment y avoir accès (nécessite accord CORRUSS)
Relais via ordres	Informations et conduite à tenir par professionnels de santé	Professionnels de santé affiliés	ORDRE	Message d'informations	Oui adaptable par périmètre géographique et professionnels à viser	Nécessite connaissance réseaux des ordres (ARS)
F24	SMS ou Mail	Professionnels de santé ou apparentés	ARS	Message tout type	À la main des ARS	
Suricate	SMS ou Mail	Professionnels de santé ou apparentés inscrits sur ADELI	ARS	Message tout type	À la main des ARS	



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

NOTE D'INFORMATION N° DREES/BESP/DGS/SP1/DGOS/R3/2023/90 du 4 juillet 2023 relative à la diffusion de définitions harmonisées dans le champ de la mortalité périnatale permettant un recueil homogène des données d'enregistrement des naissances et des décès périnataux dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

Le ministre de la santé et de la prévention

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SPRE2314752N (numéro interne : 2023/90)
Date de signature	04/07/2023
Emetteurs	Ministère de la santé et de la prévention Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (DREES) Direction Générale de la Santé (DGS) Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)
Objet	Diffusion de définitions harmonisées dans le champ de la mortalité périnatale permettant un recueil homogène des données d'enregistrement des naissances et des décès périnataux dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).
Contacts utiles	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques Sous-direction de l'observation de la santé et de l'assurance maladie Bureau de l'état de santé de la population Jeanne FRESSON Mél. : jeanne.fresson@sante.gouv.fr Annick VILAIN Mél. : annick.vilain@sante.gouv.fr Direction générale de la santé Sous-direction Santé des populations et prévention des maladies chroniques Bureau Santé des populations et politique vaccinale Nathalie RABIER-THOREAU Mél : nathalie.rabier-thoreau@sante.gouv.fr

	<p>Direction générale de l'offre de soins Sous-direction de la régulation de l'offre de soins Bureau Plateaux techniques et prises en charge hospitalières aigües Frédérique COLLOMBET-MIGEON Mél : frederique.collombet-migeon@sante.gouv.fr</p>
Nombre de pages et annexe	<p>4 pages + 1 annexe (7 pages) Annexe : Définitions en périnatalité - Mortinatalité et mortalité infantile</p>
Résumé	<p>Le document de définitions a pour objectif de rappeler les définitions de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) concernant la mortalité fœto-infantile, les modalités du calcul de l'âge gestationnel et la terminologie à utiliser pour un recueil homogène de ces indicateurs permettant des comparaisons internationales valides, ainsi que les règles d'enregistrement de la naissance et des décès périnataux (mortinatalité et décès néonataux précoces) en France.</p>
Mention Outre-mer	<p>Le texte s'applique en l'état dans ces territoires.</p>
Mots-clés	<p>Mort-né – mortinatalité – mortalité périnatale – PMSI – état civil – réseaux de santé en périnatalité.</p>
Classement thématique	<p>Établissements de santé</p>
Textes de référence	<ul style="list-style-type: none"> - Règlement (UE) n° 328/2011 de la Commission du 5 avril 2011 portant application du règlement (CE) n° 1338/2008 du Parlement européen et du Conseil relatif aux statistiques communautaires de la santé publique et de la santé et de la sécurité au travail, en ce qui concerne les statistiques sur les causes de décès (<i>paru au JOUE du 6 avril 2011</i>) ; - Article 79-1 du Code civil (second alinéa) ; - Arrêté du 20 août 2008 relatif au modèle de certificat médical d'accouchement en vue d'une demande d'établissement d'un acte d'enfant sans vie ; - Circulaire interministérielle n° DGCL/DACS/DHOS/DGS/2009/182 du 19 juin 2009 relative à l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et de ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie, à la délivrance du livret de famille, à la prise en charge des corps des enfants décédés, des enfants sans vie et des fœtus ; - Instruction n° DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional ; - Instruction n° DREES/BES/DGS/SP1/DGOS/R3/2021/148 du 21 juin 2021 relative à la mise à jour des modalités d'enregistrement des mort-nés dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour la production des indicateurs de mortinatalité en France et leur transmission réglementaire ainsi que les modalités des contrôles de leur qualité ; - Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (<i>Bulletin officiel n° 2022/6 bis - Fascicule spécial</i>).

Rediffusion locale	Il est demandé aux ARS de diffuser largement le document « Définitions en périnatalité - Mortinatalité et mortalité » aux services et professionnels concernés.
Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP du 9 juin 2023 - N° 45	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

Depuis plusieurs années, différentes études ont souligné les taux élevés de mortalité néonatale (effectif des décès entre J0 à J27 rapporté aux naissances vivantes) et l'absence d'amélioration des taux de mortinatalité (effectif des enfants nés sans vie [mort-nés]) rapporté à l'ensemble des naissances) en France. Les difficultés rencontrées pour expliquer ces résultats à partir des données disponibles persistent (études de la DREES sur la mortalité périnatale et de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale [INSERM] sur la mortalité néonatale).

Le dernier rapport EUROPERISTAT 2015-2019, comparant les indicateurs de santé périnatale de 28 pays européens publié le 15 novembre 2022, confirme que la France se caractérise par un taux élevé de mortinatalité (hors interruptions médicales de grossesse) : 3,6 pour 1000 naissances (à partir de 24 semaines d'aménorrhée [SA]), alors que la médiane des pays européens se situe à 3,2 ‰. Ce qui situe la France au 20^{ème} rang sur 28, proche, mais après l'Allemagne et le Royaume-uni (respectivement 3,3 ‰ et 3,4 ‰). Les données de l'état civil produites par l'INSEE rapportent un taux de mortalité néonatale de 2,6 ‰ ce qui situerait la France au 19^{ème} rang. Ces comparaisons européennes ne concernent que la France hexagonale.

Par ailleurs, le taux de mortalité néonatale est multiplié par deux dans les territoires ultramarins comparativement à la France hexagonale.

L'augmentation de la mortalité infantile (enfants décédés entre J0 et J364) en France est due à l'augmentation de la mortalité néonatale (enfants décédés entre J0 et J27). La mortalité néonatale précoce (enfants décédés entre J0 et J6) représente près des ¾ de la mortalité néonatale, ce qui nécessite d'identifier les déterminants et les facteurs d'évitabilité de ces décès, et de mettre en place des actions correctrices. Or le système actuel de recueil des données (INSEE à partir des données de l'état civil) ne permet pas d'analyser les causes de cette augmentation, ni les caractéristiques des enfants décédés en dehors du sexe.

Seule une analyse des caractéristiques et causes des décès au cours de la période périnatale permettra d'adapter les politiques publiques pour améliorer la situation.

L'actualisation en juin 2021 de l'instruction n° DGS/DGOS/DREES/MC1/R3/BESC/2011/403 du 26 octobre 2011 portant sur la qualité du système d'enregistrement de la mortinatalité a permis d'élargir la surveillance à la mortalité périnatale (qui comprend la mortinatalité et la mortalité néonatale précoce) et de mettre à jour les modalités d'enregistrement et de codage des enfants mort-nés dans le PMSI qui permet la production des indicateurs relatifs à la mortinatalité.

Le document de définition intitulé « *Définitions en périnatalité : Mortinatalité et mortalité infantile* », joint en annexe, **a pour objectif de définir une terminologie commune en matière de définition des données nécessaires aux indicateurs périnataux de mortinatalité et mortalité infantile**, qui doivent être utilisées pour permettre un recueil homogène des données et des comparaisons internationales valides. Il rappelle également les règles d'enregistrement à l'état civil et dans le PMSI de la naissance, des décès néonataux et des enfants nés sans vie.

Ce document a été produit par le groupe de travail « Mortinatalité et mortalité périnatale » composé de Santé publique France – équipe INSERM-Epopé – ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation) – ABM (Agence de la biomédecine) – CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) – CNSF (Collège national des sages-femmes) – SFN (Société française de néonatalogie) – FFRSP (Fédération française des réseaux de santé en périnatalité) – représentants des DIM (Département d'information médicale) d'ARS et de l'administration centrale.

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur de la recherche, de l'évaluation,
des études et des statistiques,



Fabrice LENGART

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



Christian RABAUD

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



Marie DAUDÉ

ANNEXE

Définitions en périnatalité

Mortinatalité et mortalité infantile

Introduction

L'objectif de cette fiche **est d'améliorer la qualité des données périnatales** recueillies dans le Système national des données de santé (SNDS), et plus particulièrement les données hospitalières du PMSI et des certificats de décès. Ces informations forment le socle du Système d'information en périnatalité.

La première étape est de rappeler les définitions OMS qui doivent être utilisées pour permettre un recueil homogène du terme de la grossesse et permettre des comparaisons internationales valides, ainsi que les règles d'enregistrement en France de la naissance et des décès néonataux.

Cette fiche a été rédigée par le groupe de travail sur la mortinatalité et la mortalité périnatale. Ce groupe est composé de membres de différentes directions du Ministère de la santé et de la prévention (DREES, DGS, DGOS), de Santé publique France, du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc), de l'équipe EPOPé-INSERM, de l'ATIH, de l'Agence de la biomédecine, du CNGOF, du CNSF, de la SFN, de représentants des ARS, des professionnels de la périnatalité et des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP).

Datation de la grossesse

La datation de la grossesse commence au 1^{er} jour de la date des dernières règles (DDR). **Le 1^{er} jour est J0** et non J1 (définition OMS [1]).

La datation est réalisée échographiquement au 1^{er} trimestre (T1). La date de **début de grossesse échographique de référence (DGer) est l'estimation la plus précise obtenue à partir de l'échographie précoce T1 (parfois appelée échographie de datation), ou à partir de l'échographie de dépistage T1** car les critères de mesure sont bien établis pour cette échographie et les mesures sont soumises à un contrôle qualité.

En cas de divergence entre la DGer et la date des dernières règles (DDR) on recalcule la DDR théorique par :

$$\text{Date des dernières règles théorique recalculée (DDRr)} = \text{DGer} - 13 \text{ jours}$$

En cas d'absence d'échographie de datation et de dépistage du 1^{er} trimestre, on utilise la meilleure estimation obstétricale (DDR, autres échographies, estimation clinique post natale...).

En cas de Fécondation in vitro (FIV) :

Le transfert d'embryon peut se faire à un stade précoce du développement (2 ou 3 jours, stade *clivé*) ou plus tardivement à 5 ou 6 jours (*stade blastocyste*).

Si la date du transfert et le nombre de jours du développement embryonnaire (NBJDE) au moment du transfert sont connus, habituellement entre 2 et 6 jours :

$$\text{DDRr} = \text{date du transfert} - 13 - \text{NBJDE}$$

Si la date du transfert ou le nombre de jours de développement au moment du transfert ne sont pas connus, on tient compte des données de l'échographie de dépistage du 1^{er} trimestre (DGer, cf ci-dessus).

Terme (ou âge gestationnel)

Le terme est calculé à partir de la DDRr. **En pratique clinique, le terme est toujours exprimé en semaines d'aménorrhées (SA) et jours.**

- Exemple : 37 SA + 4 j ou 37⁺⁴ SA

Pour les statistiques ou pour l'enregistrement des séjours hospitaliers dans le PMSI, le terme est toujours exprimé en SA révolues.

- Exemple : 37 SA révolues : comprend tous les termes entre 37 SA + 0 j et 37 SA + 6 j.

Attention, certains textes législatifs ou réglementaires expriment le terme en « semaines de grossesse en cours » pour les premiers mois.

La correspondance entre SA et semaines de grossesse figure dans le tableau 1.

- Exemple : 11^{ème} semaine de grossesse = 13^{ème} semaine d'aménorrhée = termes compris entre 12 SA + 0 j et 12 SA + 6 j.

Tableau 1 : Correspondance SA révolues – SA + jours – semaines de grossesse

Semaines d'aménorrhée révolues (SA)	0 SA	1 SA	2 SA	3 SA	15 SA	22 SA	40 SA
Correspondance en jours des SA (OMS)	J0-J6	J7-J13	J14-J20	J21-J27	J105-J111	J154-J160	J280-J286
Notation en SA + jours (OMS)	0SA+0j-0SA+6j	1SA+0j-1SA+6j	2SA+0j-2SA+6j	3SA+0j-3SA+6j	15SA+0j-15SA+6j	22SA+0j-22SA+6j	40SA+0j-40SA+6j
Nombre de jours d'aménorrhée à la fin de la semaine	7 jours	14 jours	21 jours	28 jours	112 jours	155 jours	287 jours
Semaine de grossesse			1 ^{ère} semaine	2 ^{ème} semaine	14 ^{ème} semaine	21 ^{ème} semaine	39 ^{ème} semaine

Poids de naissance

Résultat de la première pesée du fœtus ou de l'enfant, si possible dans la première heure de vie pour les enfants nés vivants et immédiatement après l'accouchement pour les enfants mort-nés.

Jours de vie

Enfants nés vivants :

Premier jour de vie = J0

Premier mois de vie = [J0 – J27]

Première semaine de vie = [J0 – J6]

Première année de vie = [J0 – J364]

Déclaration et enregistrement à visée statistique

Tableau 2. Déclaration et enregistrement en fonction du statut vital de l'enfant

	Enfants nés sans vie (mort-nés)	Enfants nés vivants	Points de vigilance / Rappels
Définition OMS	Expulsion d'un fœtus qui ne présente pas de signe de vie	Présence de signes de vie à la naissance ex : respiration, battements cardiaques, mouvements de muscles soumis à la volonté...	L'examen du praticien à la naissance détermine le statut vital du nouveau-né et ainsi le type de déclaration à faire pour l'état civil et les modalités d'enregistrement dans le PMSI. Les gasps de la 1 ^{ère} minute de vie ne sont pas considérés comme des signes de vie.
Document à produire pour la déclaration à l'état civil	Certificat d'accouchement quels que soient le terme et le poids si corps formé et reconnaissable [2] Hors fausse couche spontanée 1 ^{er} trimestre et IVG	Déclaration de naissance : enfant né vivant ET viable. Critères de viabilité : uniquement l'âge gestationnel d'au moins 22 SA OU un poids d'au moins 500g, indépendamment de la présence de malformation.	Fœtus < 22 SA, et poids < 500g avec signes de vie transitoires = né vivant et non viable . Pas de prise en charge active recommandée en France actuellement. Certificat d'accouchement si les parents souhaitent une déclaration à l'état civil (idem enfant né sans vie). PMSI : ne pas créer de séjour et de RUM pour ce fœtus.
Déclaration à l'état civil	Choix des parents de déclarer ou non la naissance sans limite de temps	La déclaration est obligatoire dans un délai de 5 jours suivant le jour de l'accouchement	Pour les enfants nés sans vie : - Choix du ou des prénom(s) et d'un nom - La déclaration permet d'ouvrir un livret de famille
Décès	Pas de certificat médical de décès	Décès de J0 à J27 : Certificat médical de décès néonatal Décès > J27 : Certificat médical de décès "standard"	
Enregistrement à visée statistique	PMSI : séjours mère et nouveau-né (source officielle)	Etat civil - INSEE (source officielle) PMSI	L'enregistrement de la mortalité dans le PMSI est obligatoire et indépendant du choix des parents pour l'enregistrement à l'état civil
Codage PMSI obligatoire séjour enfant	Si AG ≥ 22 SA ou poids de naissance ≥500 g Modes d'entrée =_N Mode de sortie = 9 DP = code P95 + extensions	Si AG ≥ 22 SA ou poids de naissance ≥500 g Modes d'entrée=N Mode de sortie = selon situation DP du 1 ^{er} RUM : Z38. (voir extensions)	Il est impératif de veiller à la cohérence entre les déclarations à l'état civil et le PMSI <u>Enfant mort-né</u> : certificat accouchement ↔ RUM : mort-né séjour mère et séjour nouveau-né <u>Enfant né vivant et décédé</u> : déclaration de naissance enfant vivant et certificat médical de décès ↔ RUM enfant né vivant et décédé (attention particulière à porter sur <u>les décès à J0</u>) <u>Enfant né sans vie ou décédé après la naissance</u> : les DA doivent indiquer les circonstances / causes du décès
Codage PMSI obligatoire séjour mère	DA = code Z37. - selon le type de grossesse et le type de mortalité (IMG ou MFS)	DA = code Z37. - selon le type de grossesse	Il est impératif de veiller à la cohérence du codage séjour nouveau-né / séjour mère <u>Enfant mort-né</u> : DP séjour nouveau-né= P95 ↔ DA séjour mère = Z37. - MFS ou IMG <u>Enfant né vivant</u> : DP 1 ^{er} RUM nouveau-né = Z38.- ↔ DA séjour mère = Z37.- naissance vivante

DP=Diagnostic principal / DA=Diagnostic associé / IMG=Interruption médicale de grossesse / MFS = Mort fœtale spontanée

Par convention (OMS) et afin de faciliter l'enregistrement, c'est l'âge gestationnel à l'expulsion ou à l'accouchement qui est pris en compte, et non l'âge gestationnel au décès, même si celui-ci est connu et qu'il existe un décalage entre les deux. Cette situation concerne plus particulièrement les grossesses multiples en cas de décès in utero d'un fœtus et poursuite de la grossesse pour le ou les autres fœtus.

Pour plus de précisions sur le codage de la mortinatalité, consulter l'annexe II de l'instruction de 2021 [3] ainsi que les fiches de codage PMSI en périnatalité [4] pour l'ensemble des situations de codage (accouchement et naissance).

Mortinatalité et mortalité infantile

Mortinatalité

Ce sont tous les décès survenus in utero ou en perpartum avec accouchement à partir de 22 SA ou d'un poids de 500g. Elle comprend :

- Les morts fœtales spontanées (MFS) ;
- Les interruptions médicales de grossesse avec enfant mort-né (IMG).

Le taux de mortinatalité est le rapport entre le nombre d'enfants mort-nés et le nombre de naissances totales (enfants nés vivants et mort-nés).

Mortalité périnatale

Concerne les décès entourant la période de la naissance, elle comprend :

- Les décès survenus in utero ou en perpartum à partir de 22 SA ou d'un poids de 500g ;
- Les décès entre J0 et J6 de vie des enfants nés vivants.

Le taux de mortalité périnatale est le rapport entre le nombre de décès [enfants mort-nés et décès entre J0 et J6] et le nombre de naissances totales (vivantes et mort-nées).

Pour les comparaisons internationales, on utilise le taux de mortalité périnatale hors IMG.

Mortalité infantile

La mortalité infantile concerne les enfants nés vivants et décédés entre J0 et J364, elle comprend :

- La mortalité néonatale : décès de J0 à J27, dont :
 - La mortalité néonatale précoce : décès entre J0 et J6,
 - La mortalité néonatale tardive : décès entre J7 et J27.
- La mortalité post néonatale : décès de J28 à J364.

Le taux de mortalité infantile est le rapport entre le nombre de décès infantiles (J0 à J364) et le nombre de naissances vivantes sur la même période.

Schéma 1 : Mortinatalité et mortalité périnatale

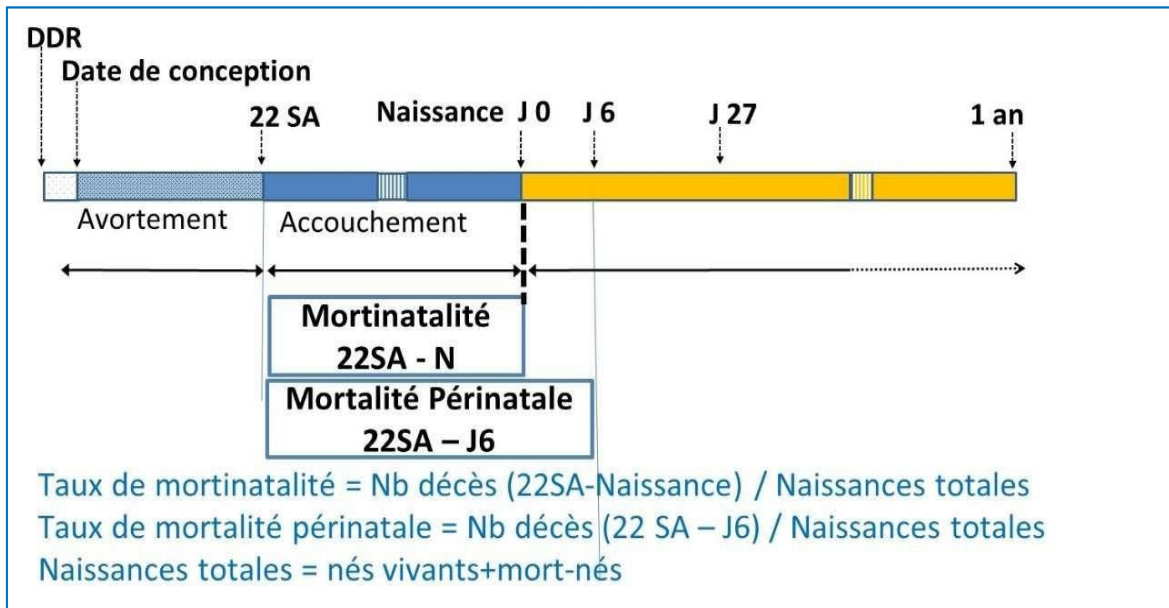
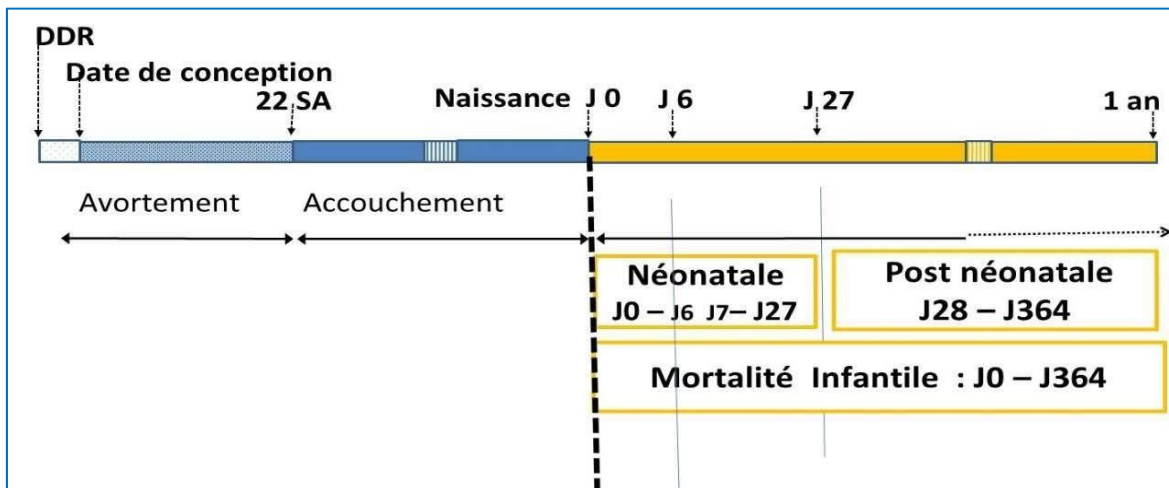


Schéma 2 : Mortinatalité néonatale et infantile



Codes CIM10 obligatoires séjours naissance et décès périnatal

Naissance vivante unique

Nouveau-né	Mère
Z38.0 Enfant unique né à l'hôpital Z38.1 Enfant unique né hors d'un hôpital Z38.2 Enfant unique lieu de naissance NP	Z37.0 Naissance unique, enfant vivant

Naissance vivante multiple

Nouveau-né	Mère
Z38.3 Jumeaux nés à l'hôpital Z38.4 Jumeaux nés hors d'un hôpital Z38.5 Jumeaux, lieu de naissance NP Z38.6 Autre naissances multiples, enfants nés à l'hôpital Z38.7 Autre naissances multiples, enfants nés hors d'un hôpital Z38.8 Autre naissances multiples, lieu de naissance NP	Z37.2 Naissance gémellaire jumeaux nés vivants Z37.30 Naissance gémellaire l'un des jumeaux né vivant l'autre mort-né hors IMG Z37.31 Naissance gémellaire l'un des jumeaux né vivant l'autre mort-né suite à IMG Z37.5 Autres naissances multiples, tous nés vivants Z37.60 Autres naissances multiples, certains enfants nés vivants, hors IMG Z37.61 Autres naissances multiples, certains enfants nés vivants, suite à IMG

Enfant mort-né

Nouveau-né	Mère
P95.+0 Mort fœtale in utero ou perpartum post IMG P95.+1 Mort fœtale <i>in utero</i> en dehors d'une IMG P95.+2 Mort fœtale perpartum en dehors d'une IMG P95.+8 Mort fœtale sans précision en dehors d'une IMG	Z37.10 Naissance unique, enfant mort-né hors IMG Z37.11 Naissance unique, enfant mort-né post IMG Z37.30 Naissance gémellaire l'un des jumeaux né vivant l'autre mort-né hors IMG Z37.31 Naissance gémellaire l'un des jumeaux né vivant l'autre mort-né post IMG Z37.40 Naissance gémellaire, jumeaux mort-nés hors IMG Z37.41 Naissance gémellaire, jumeaux mort-nés post IMG Z37.60 Autres naissances multiples, certains enfants nés vivants, hors IMG Z37.61 Autres naissances multiples, certains enfants nés vivants, post IMG Z37.70 Autres naissances multiples, tous mort-nés hors IMG Z37.11 Autres naissances multiples, tous mort-nés post IMG

Références

[1] Organisation mondiale de la santé. Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes ; 10^{ème} révision.2008, volume 2,180-187.

[2] Circulaire interministérielle n° DGCL/DACS/DHOS/DGS/2009/182 du 19 juin 2009 relative à l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et de ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie à la délivrance du livret de famille, à la prise en charge des corps des enfants décédés, des enfants sans vie et des fœtus.

[3] Instruction n° DREES/BES/DGS/SP1/DGOS/R3/2021/148 du 21 juin 2021 relative à la mise à jour des modalités d'enregistrement des mort-nés dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour la production des indicateurs de mortalité en France et leur transmission réglementaire ainsi que les modalités des contrôles de leur qualité.

[4] Fiches de codage PMSI en périnatalité – Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFFRSP) avec la collaboration de l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH). 2022. <https://ffrsp.fr/wp-content/uploads/2022/07/Fiches-de-codage-PMSI-en-perinatalite.pdf>.

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

Arrêté du 4 juillet 2023 modifiant l'arrêté du 23 février 2021 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'Agence régionale de santé d'Occitanie

NOR : SPRZ2330294A

Le ministre de la santé et de la prévention et le ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1432-3 et D. 1432-15 à D. 1432-17 ;

Vu l'ordonnance n° 2015-1620 du 10 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé et les unions régionales de professionnels de santé à la nouvelle délimitation des régions ;

Vu le décret n° 2015-1650 du 11 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé à la nouvelle délimitation des régions et prorogeant le mandat des unions régionales de professionnels de santé regroupant les infirmiers ;

Vu le décret n° 2015-1880 du 30 décembre 2015 relatif aux conseils de surveillance des agences régionales de santé ;

Vu le décret n° 2020-1545 du 9 décembre 2020 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités, des directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités, des directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités et de la protection des populations ;

Vu le décret n° 2021-163 du 15 février 2021 adaptant le processus de désignation des représentants d'usagers au sein des conseils de surveillance des agences régionales de santé face à l'épidémie de covid-19 ;

Vu l'arrêté du 23 février 2021 modifié portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'Agence régionale de santé d'Occitanie,

Arrêtent :

Article 1^{er}

Au titre du I.-2° a) de l'article D. 1432-15 du code de la santé publique, sont nommés membres du conseil de surveillance de l'Agence régionale de santé d'Occitanie :

- Sylvia DA COSTA, titulaire, et Christophe DESTAING, suppléant, désignés par la Confédération française démocratique du travail.

Article 2

Le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 4 juillet 2023.

Pour les ministres et par délégation :
Le secrétaire général des ministères
chargés des affaires sociales
Pierre PRIBILE

Ministère de la santé et de la prévention

Arrêté du 5 juillet 2023 modifiant l'arrêté du 26 janvier 2022 portant nomination des membres de la commission nationale d'équivalence de titres et diplômes chargée de se prononcer sur les demandes d'équivalence de diplômes pour l'accès aux concours de la fonction publique hospitalière

NOR : SPRH2330292A

Le ministre de la santé et de la prévention,

Vu le décret n° 2007-196 du 13 février 2007 modifié relatif aux équivalences de diplômes requises pour se présenter aux concours d'accès aux corps et cadres d'emplois de la fonction publique ;

Vu l'arrêté du 21 septembre 2007 modifié fixant les règles de saisine, de fonctionnement et de composition des commissions instituées pour la fonction publique hospitalière et chargées de se prononcer sur les demandes d'équivalence de diplômes pour l'accès aux concours de la fonction publique hospitalière ouverts aux titulaires d'un diplôme ou titre spécifique portant sur une spécialité de formation précise ;

Vu l'arrêté du 26 janvier 2022 portant nomination des membres de la commission nationale d'équivalence de titres et diplômes chargée de se prononcer sur les demandes d'équivalence de diplômes pour l'accès aux concours de la fonction publique hospitalière,

Arrête :

Article 1^{er}

Monsieur Vincent BRETEAUDEAU, représentant le ministre chargé de l'éducation nationale, est nommé membre titulaire de la commission nationale d'équivalence des titres et diplômes pour l'accès aux concours de la fonction publique hospitalière prévue par le décret du 13 février 2007 susvisé, en remplacement de Madame Henriette LESTELLE.

Article 2

Madame Katia SIRI et Madame Emilie BERNARDIN-SKALEN, représentant la ministre chargée de l'enseignement supérieur, sont nommées respectivement membre titulaire et membre suppléant de la même commission en remplacement respectivement de Monsieur Jean-Christophe PAUL et Madame Marcelle-Clémence MISSEBOUKPO.

Article 3

L'arrêté sera publié au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 5 juillet 2023.

Pour le ministre et par délégation :
Le sous-directeur des ressources humaines
du système de santé,
Philippe CHARPENTIER



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

CIRCULAIRE N° DGOS/R1/2023/104 du 6 juillet 2023 relative à la première délégation des crédits du Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) au titre de l'année 2023

Le ministre de la santé et de la prévention

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SPRH2317284C (numéro interne : 2023/104)
Date de signature	06/07/2023
Emetteur	Ministère de la santé et de la prévention Direction générale de l'offre de soins
Objet	Première délégation des crédits du Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) au titre de l'année 2023.
Commande	Mise en œuvre des délégations de crédits.
Action à réaliser	Déléguer les crédits aux établissements de santé et médico-sociaux.
Echéance	Dans les meilleurs délais.
Contact utile	Sous-direction de la régulation de l'offre de soins Bureau Synthèse organisationnelle et financière (R1) Karine TIENNOT Tél. : 01 40 56 60 63 Mél. : karine.tiennot2@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	11 pages et 3 annexes (9 pages) Annexe I : Répartition régionale - FMIS Annexe II : Modèle d'état récapitulatif des dépenses - Cas général Annexe II bis : Modèle d'état récapitulatif des dépenses - Crédits PNRR Annexe III : Les modalités de gestion des subventions versées via le Fonds de modernisation de l'investissement en santé (FMIS)
Résumé	Fixation des ressources d'assurance maladie des établissements de santé.
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux départements et territoires ultramarins, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle-Calédonie, et de Wallis et Futuna.

Mots-clés	Modernisation des établissements de santé et médico-sociaux, investissements, HOP'EN, Ségur de la santé, numérique, sécurisation.
Classement thématique	Établissements de santé
Textes de référence	<ul style="list-style-type: none"> • Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, notamment son article 40 modifié ; • Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, notamment son article 100 ; • Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, notamment son article 71 ; • Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, notamment son article 49 ; • Décret n° 2021-779 du 17 juin 2021 modifiant le décret n° 2013-1217 du 23 décembre 2013 relatif au Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé ; • Circulaire n° 6250/SG du 10 mars 2021 relative à la relance de l'investissement dans le système de santé dans le cadre du Ségur de la santé et de France Relance ; • Instruction n° DGOS/R1/2019/269 du 30 décembre 2019 relative aux crédits dédiés à l'investissement du quotidien des établissements de santé dans le cadre du Plan investir pour l'hôpital ; • Instruction n° DGOS/PF1/2021/4 du 4 janvier 2021 relative aux crédits dédiés à l'investissement du quotidien des établissements de santé et à la réduction des inégalités de santé, dans le cadre du Ségur de la santé et du Plan investir pour l'hôpital ; • Instruction n° SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé ; • Instruction n° DGOS/PF/MSIOS/2013/225 du 4 juin 2013 relative au lancement opérationnel du volet de financement du programme hôpital numérique ; • Instruction N° DGOS/PF5/DNS/CTO/2021/167 du 26 juillet 2021 relative au lancement opérationnel du financement forfaitaire à l'atteinte de cibles d'usage des établissements de santé dans le cadre du volet numérique du Ségur de la santé ; • Instruction n° DGOS/PF5/DNS/2022/40 du 9 février 2022 relative au volet 2 du programme SUN-ES et au lancement des pilotes « Mon espace santé » ; • Instruction n° DGOS/PF1/2022/90 du 30 mars 2022 relative au déploiement des programmations régionales de projets d'investissement dans le cadre du plan de relance issu du Ségur de la santé ; • Instruction n° DGCS/DNS/CNSA/2023/13 du 16 janvier 2023 relative à la mise en œuvre de la phase de généralisation du programme « ESMS Numérique » ;

	<ul style="list-style-type: none"> • Instruction n° DGOS/PF5/DNS/2023/28 du 21 mars 2023 relative à l'actualisation du programme Ségur Usage Numérique en Établissement de Santé (SUN-ES) ; • Instruction n° DGOS/R2/PF5/2022/270 du 23 décembre 2022 relative aux attendus pour la mise en place du Service d'accès aux soins (SAS) dans les territoires dans le cadre de la généralisation progressive du dispositif ; • Instruction n° DGOS/PF1/2023/58 du 19 avril 2023 relative à la procédure de versement des crédits inclus dans le Plan national de relance et de résilience pour les établissements de santé.
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Néant
Validée par le CNP le 23 juin 2023 - Visa CNP 2023-56	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

Pour la troisième année consécutive, les engagements du Ségur de la santé en matière d'investissement en santé sur les champs immobiliers et numérique pour les secteurs sanitaire et médico-sociaux se poursuivent. **Cette première délégation de crédits au titre de l'année 2023 vient ainsi renforcer et consolider les actions initiées en 2021 dans le cadre de la trajectoire du Ségur de la santé.**

Outre les mesures traditionnellement allouées par le Fonds, sont également délégués les crédits destinés à **l'accompagnement de la Stratégie décennale de lutte contre le cancer, au renforcement des équipements biomédicaux en application de la trajectoire du Plan national pour la greffe d'organes et de tissus 2022-2026, ainsi qu'une délégation de crédits au titre de la création de faculté d'odontologie.**

Ainsi le montant total alloué au titre de la première délégation des crédits du Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé de l'année 2023 s'élève à **724 M€**.

Les crédits du Ségur de la santé

1. Ségur de la santé - Projets prioritaires

Dans le cadre du plan d'investissement issu du Ségur, la somme de **303,4 M€** est allouée dans cette circulaire au titre du soutien aux projets d'investissement prioritaires. Ces crédits font partie de la 1^{ère} tranche (2021-2025) de votre enveloppe régionale, telle qu'affirmée à la suite de la présentation de vos stratégies régionales d'investissement fin 2021.

Ces crédits visent à soutenir les projets d'investissement prioritaires des établissements de santé, selon les objectifs et les modalités d'instruction décrits dans la circulaire Premier ministre du 10 mars 2021 *relative à la relance de l'investissement dans le système de santé dans le cadre du Ségur de la santé et de France Relance*. Vous pourrez également vous référer à l'instruction n° DGOS/PF1/2022/90 du 30 mars 2022 *relative au déploiement des programmations régionales de projets d'investissement dans le cadre du plan de relance issu du Ségur de la santé*, et vous appuyer sur les outils et référentiels issus des travaux du conseil scientifique de l'investissement en santé (CSIS) et de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP).

Enfin la note d'information n° DGOS/PF1/DGCS/SD5C/CNSA/2021/149 du 2 juillet 2021 *relative à la stratégie régionale d'investissement pour les 10 ans à venir*, en application de la circulaire n° 6250/SG du Premier ministre du 10 mars 2021, indiquait en particulier les grandes orientations à porter par les investissements en santé en termes de structuration de l'offre de soins, de santé publique et de soutien à l'autonomie, et de développement durable.

L'ensemble des établissements de santé publics, privés non lucratifs et lucratifs sont éligibles à l'attribution de ces crédits. Ces opérations de modernisation peuvent être des projets de (re)construction, d'extension, de restructuration/réhabilitation/rénovation, et/ou de mise en conformité.

Conformément à la logique de déconcentration du Ségur, la répartition de cette enveloppe entre les établissements se fera sous la responsabilité des agences régionales de santé (ARS), qui doivent pouvoir justifier de la méthodologie utilisée pour le choix des établissements bénéficiaires et du montant d'aide attribué.

Ces crédits sont refinancés par l'Union Européenne au titre de la mesure C9.I2 « *Modernisation et restructuration des hôpitaux et de l'offre de soins* » du Plan national de relance et de résilience (PNRR). **Il vous sera demandé dans ce cadre de justifier de la robustesse de vos processus** : instruction des dossiers, sélection des projets et allocation des crédits, maîtrise des risques associés (tels que la fraude externe et interne, conflits d'intérêt, double financement européen, respect du Code de la commande publique le cas échéant...), respect des obligations européennes (visibilité, accès des corps de contrôle, etc.) et suivi des indicateurs associés.

Vous pourrez, à cet effet, vous appuyer sur les instructions déjà publiées sur ces sujets par les ministères chargés des affaires sociales, sur les outils mis à votre disposition et sur le dispositif de maîtrise des risques financiers existant au sein de votre agence et les acteurs et compétences associés. L'impulsion et le pilotage de ces sujets à un niveau stratégique constitueront une garantie d'efficacité.

L'ensemble des établissements bénéficiaires de crédits d'aide aux projets d'investissements issus du Ségur de l'investissement (vecteurs dits « volet 2 de l'article 50 » ou FMIS) ont dorénavant **l'obligation de contribuer à l'enrichissement de la base OSCIMES¹ à compter de la date de signature de la présente circulaire**. Les prochains contrats que vous signerez dans ce cadre avec les établissements devront prévoir cette obligation, ainsi que celle de vous transmettre les fiches de recueil des données OSCIMES.

Dans la mesure du possible, cela devra aussi concerner les projets pour lesquels une aide a déjà été contractualisée avant la signature de cette circulaire (y compris projets bénéficiant de crédits au titre du cadrage du Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers [COPERMO]).

2. Ségur de la santé - Investissement du quotidien

Dans la continuité des efforts déjà réalisés en 2021 et 2022, la somme de **217,9 M€** est allouée dans cette circulaire au titre de soutien à l'investissement du quotidien des établissements de santé (équipements, installations techniques et rénovations légères).

Cette enveloppe vise à soutenir rapidement les investissements, notamment en équipements hôteliers et logistiques, équipements de systèmes d'information, matériels et équipements médicaux et biomédicaux, opérations de travaux courants ou de rénovations légères, équipements lourds, chauffage-climatisation-ventilation, façade-toits, cartographie et points de comptage.

¹ OSCIMES (Observatoire immobilier de la santé) : base de données d'opérations d'investissements et l'outil d'aide à la décision et à l'estimation de futurs projets immobiliers, co-gérée par l'ANAP et la conférence des directeurs généraux de centres hospitaliers universitaires (www.oscimes.fr).

L'ensemble des établissements de santé publics, privés non lucratifs et lucratifs sont éligibles à l'attribution de ces crédits, en priorité ceux présentant des besoins particulièrement urgents d'investissement courant et dont les difficultés financières ne permettent pas d'en assurer leur financement.

Conformément à la logique de déconcentration du Ségur, la répartition de cette enveloppe entre établissements se fera de manière déconcentrée sous la responsabilité des ARS, qui devront pouvoir justifier de la méthodologie utilisée pour le choix des établissements bénéficiaires et du montant d'aide attribué.

Vous prendrez en particulier en compte, selon une méthodologie que vous déterminerez, les thématiques prioritaires suivantes :

- Le soutien aux enjeux d'efficacité énergétique et réduction d'empreinte environnementale ;
- La réponse aux enjeux d'attractivité professionnelle ;
- Les besoins d'investissements en psychiatrie.

D'autres thématiques pourront également être prises compte, notamment autour de la périnatalité (soutien à l'équipement et la télémédecine en centres périnataux de proximité, à l'équipement des centres d'assistance médicale à la procréation [AMP] dans le cadre de la mise en œuvre de la loi de bioéthique), de la santé des détenus ou encore du renforcement de la radioprotection des personnels.

Une enquête nationale sur l'utilisation de ces crédits sera réalisée au plus tard en 2024.

Ces crédits sont refinancés par l'Union Européenne au titre de la mesure C9.I2 « *Modernisation et restructuration des hôpitaux et de l'offre de soins* » du Plan national de relance et de résilience (PNRR). **Il vous sera demandé dans ce cadre de justifier de la robustesse de vos processus.**

Vous pourrez à cet effet vous appuyer sur les instructions déjà publiées sur ces sujets par les ministères chargés des affaires sociales, sur les outils mis à votre disposition et sur le dispositif de maîtrise des risques financiers existant au sein de votre agence et les acteurs et compétences associés. L'impulsion et le pilotage de ces sujets à un niveau stratégique constitueront une garantie d'efficacité.

3. Le rattrapage du Numérique en santé

a. Investissement numérique - Secteur médico-social : mise en œuvre de la phase de généralisation du programme « ESMS Numérique »

Les modalités de mobilisation des crédits, les critères d'éligibilité, la nature des objets financés et le montant des subventions associées, les modalités de pilotage et de suivi, ainsi que les éléments de cadrage financier sont précisés dans l'instruction n° DGCS/DNS/CNSA/2023/13 du 16 janvier 2023 *relative à la mise en œuvre de la phase de généralisation du programme « ESMS Numérique »*.

Les crédits dédiés au soutien financier des projets portés par les structures en régions sont délégués aux ARS pour financer d'une part les projets sélectionnés à l'issue des appels à projets régionaux pilotés par les ARS, et d'autre part les projets sélectionnés à l'issue de l'appel à projet national co-piloté par la Délégation au numérique en santé (DNS) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Les crédits sont répartis entre les régions sur la base de ces appels à projet.

Dans le cas où une ou plusieurs régions auraient un besoin de crédits inférieur à celui initialement prévu sur la base de critères paramétriques, les crédits restants seront redistribués aux ARS ayant besoin de crédits supplémentaires.

Un montant de **69,3 M€** est alloué dans la présente circulaire.

b. Le programme Ségur du numérique en établissement de santé (SUN-ES)

Dans le cadre du programme SUN-ES, des crédits FMIS vous sont délégués pour assurer le soutien financier aux établissements de santé répondant aux critères d'éligibilité définis par les instructions référencées *supra*.

Un montant de **13,6 M€** est attribué aux ARS pour les financements complémentaires nécessaires permettant de finaliser les phases de validation des fenêtres 1, 2 et 3 ainsi que l'avance de la fenêtre 4 du programme SUN ES.

Les crédits hors Ségur de la santé

1. Les investissements immobiliers

Investissement immobilier hospitalier - COPERMO

Depuis 2013, plusieurs opérations ont été validées dans le cadre de l'action du COPERMO. Conformément à l'échéancier d'allocation actualisé prévu pour le projet du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Guadeloupe, ce sont **38 M€** de crédits FMIS qui lui sont alloués via la présente circulaire.

Plan de relance du Ministère de la transition écologique et de la cohésion des territoires - « Plan séisme Antilles 3 »

Une aide a été attribuée par le Ministère de la transition écologique et de la cohésion des territoires pour la mise en conformité parasismique des CH du François et de Saint-Esprit et du Centre médico-psychologique (CMP)-Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) de Rivière Salée (CH Maurice Despinoy) ainsi qu'au CH de Basse Terre (CHBT). Le versement de cette enveloppe est réparti sur trois années selon la prévision établie en 2021. Il est ainsi délégué un montant total de **10 M€** dans la présente circulaire au titre de l'année 2023, correspondant au solde de l'aide.

CHU Guadeloupe - Suites incendie

Suite à l'incendie survenu le 28 novembre 2017 au CHU de Guadeloupe (CHUG), des crédits sont délégués à hauteur de **2,7 M€** par la présente circulaire pour la réalisation des travaux et la relocalisation des secteurs d'activités.

2. Création d'une nouvelle faculté d'odontologie

La présente circulaire délègue **22,50 M€** de crédits. Les crédits délégués ont été calculés en tenant compte du coût prévisionnel et de la programmation calendaire des investissements immobiliers et en équipements (fauteuils dentaires) programmés par les centres hospitaliers qui participeront à partir de 2024 à la formation pratique des étudiants en chirurgie dentaire formés dans les nouvelles facultés d'odontologie tout en tenant compte des cofinancements déjà obtenus ou prévus.

3. Accompagnement financier au déploiement du service de géolocalisation AML dans les services d'aide médicale urgente (SAMU)

L'AML (Advanced Mobile Location) est un service de géolocalisation d'urgence utilisant la technologie GPS des smartphones. Lorsque l'appelant compose un numéro d'appel d'urgence, le terminal de l'appelant envoie au centre chargé de la réception de cette communication, automatiquement et sans action supplémentaire de sa part, toutes les informations de géolocalisation dont il dispose, au moyen d'un SMS.

Cette technologie participe ainsi à la réalisation de l'objectif fixé par l'article 109-6 de la directive n° 2018-1772 du 11 décembre 2018 établissant le Code des communications électroniques européen, qui oblige les États membres à veiller à la transmission effective des données de géolocalisation par les opérateurs. C'est dans ce contexte qu'en 2019, l'Agence du numérique de la sécurité civile (ANSC) a été chargée du développement du service AML. La mise en service est effective sur l'ensemble des départements de la France métropolitaine pour les numéros 15 et 112 pour les téléphones sous Android et sous iOS.

L'accès à partir de l'application Géoloc18-112 est gratuit pour le SAMU-Centre15.

Si le SAMU-Centre15 fait le choix d'accéder aux données de géolocalisation AML à partir de son logiciel de régulation médicale (LRM), le coût de la mise à niveau logicielle est assuré par l'établissement siège de SAMU-Centre 15. Comme précisé dans l'instruction n° DGOS/R2/PF5/2022/28 du 4 février 2022, la Direction générale de l'offre de soins accorde alors un montant forfaitaire de 10 000 euros aux établissements sièges de SAMU concernés.

La délégation concerne les SAMU suivants :

- Bretagne : 29, 35 ;
- Hauts-de-France : 60 ;
- Île-de-France : 75, 92, 93, 94 ;
- Occitanie : 46, 65 ;
- Provence-Alpes-Côte d'Azur : 05 ;
- Guyane ;
- Martinique.

Au global, le montant délégué par la présente circulaire est de **120 K€**.

4. Flux ECHA dans le projet Système d'information des centres antipoison (SICAP)

La construction et l'exploitation de la plateforme d'échange ECHA (European chemicals agency) ont été confiées au CHU de Nancy en 2019. Un montant de **81 K€** est alloué en 1^{ère} circulaire pour couvrir le coût d'exploitation et de maintenance de cette plateforme d'échange ECHA.

5. Accompagnement financier des SAMU à la mise à niveau de leur système d'information

Dans le cadre de l'instruction n° DGOS/PF5/R2/2022/201 du 10 octobre 2022 *relative à la nouvelle orientation du programme SI Samu*, un soutien financier est concédé aux SAMU. D'une part pour l'accompagnement à la mise en place du bandeau de communication SI SAMU (Système d'information et de télécommunication des SAMU) sur la période 2022-2024 (financement de l'interface LRM-bandeau SI SAMU, financement de l'accompagnement à la mise en place du bandeau), d'autre part pour la modernisation des infrastructures concourant au fonctionnement du LRM. La liste des SAMU concernés fera l'objet d'une communication dédiée à chacun.

Ainsi le montant total alloué dans la présente circulaire s'élève à **1,8 M€**.

6. Équipement en jumelles de vision nocturne (JVN) des équipages HéliSMUR

Le maillage territorial des HéliSMUR (unités mobiles hospitalières utilisant un hélicoptère dédié à la structure de médecine d'urgence et de réanimation) fait état actuellement de 47 bases et 53 hélicoptères. Les amplitudes horaires de fonctionnement de ces bases diffèrent :

- 22 bases fonctionnent en H24 (24h/24) ;
- 6 bases en H14 (14h/24) ;
- 18 bases en H12 (12h/24).

Actuellement, en vol de nuit, les pilotes se servent des éclairages urbains et lumières de voiture pour se guider, notamment en survolant les grands axes de circulation. Ces conditions amènent régulièrement les commandants de bord à refuser certaines missions pour des raisons de sécurité. L'équipement en jumelles de vision nocturne apparaît ainsi indispensable pour prendre en charge des patients de façon sécurisée, notamment pour les bases fonctionnant en H24.

Plusieurs paires de JVN sont nécessaires pour l'équipage (pour le pilote et l'assistant de vol), et en réserve. À cela s'ajoutent les évolutions techniques à prévoir (notamment l'adaptation au système d'intensification de lumière de l'appareil), ainsi que l'installation d'un coffre sécurisé pour l'entreposage de ces matériels. Ces équipements feront l'objet d'un avenant au marché contracté par les établissements de santé, représentant un coût de 135 K€ TTC.

Pour 2023, 7 bases seront équipées en Bretagne (Brest), Occitanie (Montpellier), Hauts-de-France (Amiens), Nouvelle-Aquitaine (Limoges), Auvergne-Rhône-Alpes (Valence), Bourgogne-Franche-Comté (Besançon), et Provence-Alpes-Côte d'Azur - PACA (Marseille).

Les autres bases fonctionnant en H24 seront équipées en 2024 et 2025.

En conséquence, le montant délégué par la présente circulaire au titre de l'année 2023 est de **945 K€**.

7. Mise en conformité des aires de poser pour les HéliSMUR

L'HéliSMUR est un appareil affecté de manière exclusive aux missions des SMUR, qu'elles soient de type primaire ou secondaire. Il est soumis à la réglementation aéronautique, notamment européenne. La mise en conformité des aires de poser est nécessaire, y compris pour les régions ne disposant pas d'héliSMUR, mais qui doivent être en mesure d'accueillir sur leur aire de poser des HéliSMUR des régions avoisinantes, et/ou des hélicoptères de l'aviation civile.

Les établissements de santé sont responsables de la sécurité et de la sécurisation des hélistations, qui font également l'objet d'un suivi par la Direction de la sécurité de l'aviation civile et ses délégations interrégionales. La mise et/ou le maintien en conformité de ces sites considérés d'intérêt public est un objectif important pour assurer la sécurité des vols et pour l'ensemble du dispositif d'aide médicale urgente.

L'évolution progressive de la réglementation et du volume d'emport, engendrant une augmentation du poids des machines, nécessite un accompagnement financier des investissements réalisés par les établissements de santé.

Une première vague de mise en conformité avait été réalisée en 2018. Cette enveloppe complémentaire de **3,96 M€** va permettre d'accompagner de nouveaux projets de modernisation et de mise aux normes, sur la base de l'analyse du réseau des aires de poser réalisée par chaque ARS.

En parallèle, **1,47 M€** sont spécifiquement alloués à la région PACA, pour la construction et la mise en place d'une plateforme et d'un poste d'avitaillement.

Ainsi, le montant délégué par la présente circulaire est de **5,4M€**.

8. Plan national pour la greffe d'organes et de tissus 2022-2026

Le Plan national pour la greffe d'organes et de tissus 2022-2026 a été adopté et diffusé en mars 2022. Il fixe les trajectoires d'accompagnement des évolutions médicales et scientifiques du prélèvement et de la greffe d'organes et de tissus.

De façon inédite pour ce champ d'activité, certaines des mesures de ce plan seront soutenues par un financement complémentaire, parmi lesquelles un soutien à l'investissement dans les machines à perfusion rénale pour les établissements de santé. Le recours à la perfusion des greffons permet en effet de préserver davantage les organes et de réduire le retard de reprise de la fonction de l'organe.

Pour l'année 2023, le besoin identifié en machines à perfusion rénale est de 37, représentant un volume financier de **425,5 k€**.

9. Stratégie décennale de lutte contre les cancers

La Stratégie décennale de lutte contre les cancers est appuyée par des enveloppes d'aides à l'investissement conséquentes, de l'ordre de 80 M€ sur 2022 et 2023. La numérisation de l'anatomocytopathologie continuera d'être accompagnée par le FMIS en 2023.

➤ Numérisation de l'anatomocytopathologie

Cette mesure découle de l'action II.3.4 de la Stratégie décennale de lutte contre les cancers « *Encourager l'innovation en diagnostic et en thérapies médicales notamment ciblées, radiothérapie, chirurgie, techniques interventionnelles sous imagerie* ».

L'activité d'anatomie et de cytologie pathologiques (ACP) est en effet essentielle à l'activité de traitement du cancer.

La numérisation de cette activité représente une opportunité pour transformer en profondeur le secteur de l'anatomocytopathologie, et de nombreux bénéfices en sont attendus :

- Le développement de la recherche, notamment en oncologie, à partir des données numérisées ;
- Une amélioration de la qualité des prises en charge, via notamment le développement d'algorithmes d'aide au diagnostic, l'amélioration de la qualité et du délai des diagnostics et de prise en charge. La mise à disposition de ces informations en temps réel est en effet source d'accélération des parcours depuis la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) et d'une pertinence accrue des prises en charge proposées (avec possibilités facilitées de second avis dans le cadre de télé-interprétations) ;
- Une opportunité d'évolution de l'organisation des laboratoires, de gains d'efficacité liés à la numérisation des processus ; une évolution des métiers, dans un contexte de baisse démographique des pathologistes et de perte d'attractivité du métier.

La nécessité et les avantages liés à la numérisation de l'anatomocytopathologie font aujourd'hui consensus au sein des établissements de santé et des pathologistes. À l'échelle internationale, certains pays se sont déjà tournés vers cette solution et la France commence à accuser un retard vis-à-vis d'autres pays européens ou des États-Unis.

La mise en œuvre d'un tel projet nécessite l'achat et la maintenance d'équipements (scanners de lames), et le déploiement d'un système numérique de gestion d'images en vue de l'analyse des lames numérisées et du stockage des données. Cette réorganisation devra par ailleurs s'accompagner de la formation des utilisateurs.

Le montant délégué pour la numérisation de l'anatomocytopathologie s'élève à **10 M€** de crédits pour 2023.

Les délégations aux ARS sont réparties sur la base du poids de la population régionale. La délégation par les ARS aux établissements sera ciblée en fonction des projets dans les services concernés et de leur état d'avancement. Elle portera sur les équipements nécessaires à la numérisation (scanners de lames), sans préjudice d'éventuels financements autres relatifs aux systèmes d'information.

Une mission d'appui confiée à deux personnalités qualifiées a été lancée depuis début juin 2023 afin d'accompagner et de structurer la stratégie nationale de numérisation de l'anatomocytopathologie.

10. Services d'accès aux soins (SAS) - Volet techniques des pilotes

Dans le cadre de l'accompagnement des projets SAS (Service d'accès aux soins) conformément à l'instruction n° DGOS/R2/PF5/2022/270 du 23 décembre 2022 *relative aux attendus pour la mise en place du Service d'accès aux soins (SAS) dans les territoires dans le cadre de la généralisation progressive du dispositif*, des crédits FMIS vous sont délégués pour assurer le soutien financier à la mise à niveau et l'interopérabilité des outils techniques.

Un total de **1,4 M€** sont ainsi délégués par la présente circulaire à 8 ARS. Ces financements visent à soutenir les investissements réalisés ou à venir sur les infrastructures locales (télécom, enregistreur, système, poste de travail) et solutions logicielles.

11. Sécurisation des établissements de santé

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'action relatif à la sécurisation des établissements de santé, un financement en crédits FMIS de **25 M€** par an est mis en place depuis 2017 pour l'ensemble du territoire sur la base d'appels à projet pilotés au niveau régional. La présente délégation vous alloue ainsi une nouvelle tranche de ces financements afin de prolonger la démarche entreprise. Vous devrez allouer ces crédits vers la sécurisation des sites à protéger en priorité selon les critères des appels à projet qui vous ont été précédemment communiqués. En complément et à l'avenir, il vous sera nécessaire de communiquer un état des lieux de façon annuelle des actions entreprises au sein de vos zones (pourcentage de plans de sécurisation d'établissements [PSE] réalisés, de conventions santé-sécurité-justice signées, etc.).

12. Création de nouvelles unités cognitivo-comportementales (UCC)

La mesure 4 de la feuille de route sur les maladies neurodégénératives (2021-2022) prévoit le renforcement du maillage territorial des unités cognitivo-comportementales en soins de suite et de réadaptation.

À ce titre, des crédits d'investissement à hauteur de 200 K€ sont alloués pour la création de 5 nouvelles UCC pour un total de **1 M€** délégués en 1^{ère} circulaire.

13. Système d'information des centres de référence IOA

L'administration et la maintenance du système d'information (SI) des centres de référence des infections ostéo-articulaires (CRIOA) labellisés, ainsi que l'hébergement des données, ont été confiés par le ministère à l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille (AP-HM). Une subvention d'un total de **140 k€** est déléguée pour 2023, dont :

- 60,0 k€ pour la maintenance et l'assistance du SI ;
- 55,0 k€ pour l'administration (gestion des droits d'accès, identitovigilance, recette des nouvelles versions) et le suivi de projet ;
- 25,0 k€ pour l'hébergement des données de santé.

Je compte sur votre collaboration et vous remercie pour votre action.

A rectangular box containing the word "Signé" in a bold, italicized, black font, tilted slightly upwards to the right.

François BRAUN

Annexe I

Répartition régionale - FMIS

Les montants sont en milliers d'euros

Ventilation par agence régionale de santé	Séjour de la santé Investissement du quotidien	Séjour de la santé Projets d'investissement prioritaires	Programme Séjour numérique en ESMS (ESMS Numérique)	Programme Séjour numérique en établissement de santé (SUN-ES)	Création d'une nouvelle faculté d'odontologie	Plan de relance MTES « Plan séisme Antilles 3 »	CHU Guadeloupe Suites incendie	Investissement immobilier hospitalier COPERMO	Service d'accès aux soins (SAS)	Modernisation des SI des SAMU	Flux ECHA	Déploiement géolocalisation AML (Advanced Mobile Location)	HÉISMUR Jumelles de vision nocturne (JVN)	HÉISMUR Aires de poser	Stratégie cancer Équipement pour la numérisation de l'anatomopathologie	Plan greffe Machines à perfusion rénale	Sécurisation des établissements de santé	Unités cognitivo-comportementales (UCC)	Système d'information des centres de référence infections ostéo-articulaires (IOA)	Total délégations
Auvergne-Rhône-Alpes	27 684,3	36 000,0	8 654,4	1 500,0					400,0	100,0			135,0	220,0	1 200,0	69,0	2 000,0			77 962,7
Bourgogne-Franche-Comté	7 743,0	12 300,0	3 741,1		12 800,0								135,0	220,0	410,0	23,0	1 000,0			38 372,1
Bretagne	11 784,7	15 000,0	2 765,5	700,0								20,0	135,0	220,0	500,0		1 000,0			32 125,2
Centre Val-de-Loire	8 287,9	11 400,0	2 741,9	2 337,8	1 000,0									220,0	380,0		1 000,0			27 593,0
Corse	818,0	1 440,0	1 528,2											220,0	50,0		200,0			4 256,2
Grand Est	18 146,6	24 600,0	5 020,6											220,0	820,0		2 000,0			50 973,7
Hauts-de-France	19 666,1	26 700,0	5 298,5						24,0	85,5	81,0		135,0	220,0	890,0		2 000,0			55 094,6
Île-de-France	39 692,0	54 900,0	10 633,5						145,9	151,0				220,0	1 830,0	80,5	6 000,0			113 541,9
Normandie	11 347,1	17 100,0	3 817,9	3 119,9	8 700,0				22,0	300,0				220,0	490,0	34,5	1 000,0	400,0		46 551,3
Nouvelle-Aquitaine	19 180,9	26 700,0	5 825,7	500,0					200,0				135,0	220,0	900,0	80,5	2 000,0			55 742,2
Occitanie	17 530,6	26 400,0	6 327,0	1 700,0					21,4	91,0			135,0	220,0	890,0	46,0	2 000,0	400,0		55 780,9
Pays de la Loire	14 426,4	17 100,0	2 903,3	500,0					121,2	25,5				220,0	570,0	23,0	1 000,0	200,0		37 089,4
Provence-Alpes-Côte d'Azur	15 504,5	22 500,0	5 963,4	2 800,0					500,0	826,0			135,0	1 690,0	750,0	11,5	3 000,0		140,0	53 830,3
France métropolitaine	211 812,0	292 140,0	65 221,0	13 157,7	22 500,0	0,0	0,0	0,0	1 434,5	1 804,4	81,0	100,0	945,0	4 330,0	9 680,0	368,0	24 200,0	1 000,0	140,0	648 913,6
Guadeloupe	1 158,0	3 480,0	1 164,6			700,0	2 667,1	38 000,0						220,0	60,0	23,0	200,0			47 672,8
Guyane	743,1	1 200,0	754,2									10,0		220,0	40,0		200,0			3 167,3
Martinique	782,7	1 500,0	338,6			9 300,0						10,0		220,0	50,0		200,0			12 401,3
Mayotte	560,9	1 200,0	1 100,0											220,0	40,0		50,0			3 170,9
La Réunion	2 891,3	3 900,0	700,7	400,0										220,0	130,0	34,5	150,0			8 426,5
DOM	6 136,0	11 280,0	4 058,1	400,0	0,0	10 000,0	2 667,1	38 000,0	0,0	0,0	0,0	20,0	0,0	1 100,0	320,0	57,5	800,0	0,0	0,0	74 838,7
Total des dotations régionales	217 948,0	303 420,0	69 279,1	13 557,7	22 500,0	10 000,0	2 667,1	38 000,0	1 434,5	1 804,4	81,0	120,0	945,0	5 430,0	10 000,0	425,5	25 000,0	1 000,0	140,0	723 752,3

Synthèse 1^{ère} délégation de crédits FMIS 2023

Séгур Investissement immobilier et numérique		Montant (K€)
Séгур de la santé	Séгур de la santé : investissement numérique secteur médico-social : mise en œuvre de la phase de généralisation du programme "ESMS Numérique"	69 279,1
	Séгур de la santé - Programme numérique pour les établissements de santé - crédits Usage (programme SUN-ES)	13 557,7
	Séгур de la santé – investissement du quotidien	217 948,0
	Séгур de la santé – projets d'investissement prioritaires	303 420,0
Sous-total Ségur		604 204,8
Autres mesures hors Ségur		
Autres mesures hors Ségur	Modernisation des SI des SAMU	1 804,4
	Déploiement géolocalisation AML (Advanced Mobile Location)	120,0
	Projet SICAP-Flux ECHA	81,0
	HéliSMUR - Jumelles de vision nocturne (JVN)	945,0
	HéliSMUR - Aires de poser	5 430,0
	Unités cognitivo-comportementales (UCC)	1 000,0
	Système d'information des centres de référence infections ostéo-articulaires (IOA)	140,0
	Sécurisation des établissements de santé	25 000,0
Création facultés odontologie	22 500,0	
Stratégie décennale de lutte contre le cancer	Équipement pour la numérisation de l'anatomopathologie	10 000,0
Plan greffe	Machines à perfusion rénale	425,5
Pacte de refondation des urgences	Service d'accès aux soins (SAS)	1 434,5
Investissement immobilier	Investissement immobilier hospitalier - COPERMO	38 000,0
	CHUG – suite incendie	2 667,1
	Plan de relance MTES « Plan séisme Antilles 3 »	10 000,0
Sous-total "Autres mesures hors Ségur"		119 547,5
TOTAL GÉNÉRAL		723 752,3

ANNEXE II bis**Modèle d'état récapitulatif des dépenses - Crédits PNRR**

→ **Crédits du Plan national de relance et de résilience (PNRR) de la mesure C9.I2**
« Modernisation et restructuration des hôpitaux et de l'offre de soins »

ÉTAT RÉCAPITULATIF DES DÉPENSES

LE BÉNÉFICIAIRE		
SIRET		
AVENANT AU CPOM (numéro et date)		
Enveloppe de crédits et année de référence <i>Une seule enveloppe par état récapitulatif</i>	(Ex : INV. AMEL. QUOT 2021 ou INV QUOT 2022 ou INV RED INEG 2022)	
Montant de la subvention dont le versement est demandé		
Circulaire DGOS		

Description de la dépense	Date d'engagement de la dépense (bon de commande signé ou équivalent...)	Référence de la facture ou pièce équivalente	Date de la facture	Date d'acquittement de la dépense	Émetteur	Montant total de la facture	TVA déductible (indiquer 0 si étab. non assujetti)	Montant à rembourser	Observations
TOTAL									

Certifié exact le
Le comptable public, expert-comptable ou commissaire aux comptes

DATE DE NOTIFICATION DES CRÉDITS PAR L'ARS	
---	--

Certifié exact le
Le directeur d'établissement

ANNEXE III

Les modalités de gestion des subventions versées via le Fonds de modernisation de l'investissement en santé (FMIS)

Les dispositions du décret n° 2021-779 du 17 juin 2021 modifiant le décret n° 2013-1217 du 23 décembre 2013 relatif au Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) s'appliquent à l'ensemble des crédits FMIS qui vous sont délégués depuis le 1^{er} janvier 2021. Vous veillerez à vous y référer pour toute attribution de subvention de crédits alloués par la présente circulaire.

1) L'attribution de la subvention

L'attribution de la subvention FMIS doit être prévue par un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) de l'établissement ou, en son absence, par un engagement contractuel ad hoc.

Conformément au décret susmentionné, cet avenant ou engagement contractuel doit notamment préciser « *la nature, l'objet, [...] et le calendrier de la réalisation de l'opération subventionnée* ».

À cette fin, doivent notamment apparaître :

- les modalités de versement précises, notamment si elles font l'objet d'une disposition dérogatoire au décret susmentionné ;
- la définition précise du périmètre de l'opération subventionnée ;
- *l'origine européenne des fonds lorsqu'il s'agit de crédits européens* ;
- les dates de début et de fin prévisionnelles de l'opération subventionnée ;
- l'intégration du coût des études préalables, s'il y a lieu ;
- dans le cas d'opérations d'investissements immobiliers, et s'il y a lieu, le recours à un mandataire pour la réalisation de l'opération .

Les crédits relatifs au Ségur du numérique en santé font l'objet d'une convention-type particulière.

Il est rappelé que ce document contractuel doit être conclu dans un délai de deux ans à compter de la publication de la présente circulaire. Le montant de la subvention doit impérativement être saisi dans ce même délai par vos services dans l'outil PEPS, sous peine de considérer ces crédits comme déçus. Cette saisie dans PEPS par l'ARS est un préalable nécessaire au paiement de la subvention déléguée.

2) Le versement de la subvention

▪ Cas général

La Caisse des dépôts et consignations (CDC) verse à l'établissement concerné, à sa demande, la somme correspondant au montant de la subvention ou de l'avance du fonds, dans les conditions prévues par l'avenant ou l'engagement contractuel. Conformément au décret susmentionné, le versement de la subvention peut se faire au fur et à mesure de la présentation, par le bénéficiaire de la subvention, des pièces justifiant des dépenses effectuées (factures) et d'un état récapitulatif des dépenses (modèle cas général en annexe II) visé soit par le comptable public pour les établissements publics, soit par le commissaire aux comptes (CAC) ou expert-comptable pour les établissements bénéficiaires privés.

L'annexe II de la présente circulaire fixe le modèle de présentation de l'état récapitulatif des dépenses. Cet état récapitulatif est systématiquement requis et il est demandé aux établissements :

- de veiller à bien renseigner la date de la facture, la date d'acquittement de la dépense et le montant de TVA déductible (HT proratisé). Si l'établissement n'est pas assujéti à la TVA déductible, il indiquera 0 dans cette même colonne ;

- de veiller à bien faire signer (y compris le cachet) ce document par le comptable public, l'expert-comptable ou le CAC qui sont seuls compétents pour attester des dépenses et ouvrir droit au remboursement par le FMIS.

L'état récapitulatif des dépenses doit en effet obligatoirement être attesté, selon la nature juridique de l'établissement demandeur, par un CAC, un expert-comptable ou le comptable public, indépendants de l'établissement demandeur et dûment assermentés. Cette disposition concerne également les associations, établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) et mutuelles.

Les états récapitulatifs qui ne satisfont pas à ces exigences seront retournés aux établissements pour mise en conformité. À défaut de réception d'un état récapitulatif conforme, aucun paiement ne sera effectué. Le respect de cette exigence est déterminant pour les délais de traitement des demandes.

Il est rappelé que la CDC **rembourse sur présentation des factures uniquement**, et non sur présentation de devis ou de bons de commande qui constituent des pièces irrecevables.

Dans tous les cas, le bénéficiaire de la subvention doit joindre à l'appui de sa demande l'avenant, l'engagement contractuel ou la convention datée et co-signée ainsi que les pièces requises par la CDC.

- **Crédits inclus dans le Plan national de relance et de résilience pour les établissements de santé (PNRR)**

Les crédits relevant du plan de relance sont clairement distingués dans la circulaire :

- *Ségur de la santé - Projets prioritaires ;*
- *Ségur de la santé - Investissement du quotidien.*

Les règles et modalités de gestion de ces crédits relevant de la mesure C9. I2 « *Modernisation et restructuration des hôpitaux et de l'offre de soins* » pour les établissements de santé (hors Ségur du numérique) sont décrites dans l'instruction n° DGOS/PF1/2023/58 du 19 avril 2023 *relative à la procédure de versement des crédits inclus dans le Plan national de relance et de résilience pour les établissements de santé*, à laquelle vous devez vous référer obligatoirement.

Le modèle d'état récapitulatif des dépenses spécifique aux « Crédits PNRR » (modèle Crédits PNRR en annexe II bis) devra systématiquement être utilisé par les établissements demandeurs : la date de notification des crédits, la date d'engagement de la dépense devront notamment être renseignées et attestées par la signature du directeur de l'établissement demandeur en plus de la certification du comptable public, expert-comptable ou commissaire aux comptes.

Hôpital numérique (HOP'EN) et Ségur du numérique en santé (SUN-ES et ESMS Numérique)

La Caisse des dépôts et consignations (CDC) verse à l'établissement concerné, à sa demande, la somme correspondant au montant de la subvention dans les conditions prévues par l'avenant, l'engagement contractuel ou la convention.

Le versement des crédits Hôpital numérique répond à des modalités particulières décrites dans l'avenant au CPOM ou l'engagement contractuel. Pour la date de validité des factures se référer au tableau infra.

Le versement des crédits relatifs au Ségur du numérique en santé répond à des modalités distinctes décrites dans la convention SUN-ES ou ESMS numérique et rappelées dans le tableau ci-dessous.

Objet de la subvention	Modalités particulières
HOP'EN : amorçage des projets	Les justificatifs de dépenses acceptés par la CDC sont ceux postérieurs à la date de publication de la présente circulaire, ainsi que ceux précédant l'année de signature de l'engagement contractuel entre l'ARS et l'établissement. À titre d'exemple, pour les engagements contractuels signés en 2023, les justificatifs admis seront les factures datant de 2022 et 2023 (en complément des factures postérieures à la circulaire).
HOP'EN : usage	Le versement de la subvention se fait sur demande de l'établissement avec transmission de l'avenant / engagement contractuel daté et co-signé par les parties à la CDC.
Séjour du numérique en santé, champ <u>sanitaire</u> (SUN-ES)	<p><u>Crédits d'avance</u> :</p> <p>Le versement de l'avance se fait sur demande de l'établissement à la CDC avec transmission de la convention datée et co-signée.</p> <p><u>Crédits d'usage ou crédits à versement en une fois</u> :</p> <p>Le versement sur demande de l'établissement et transmission de la convention datée et co-signée et de la notification ARS de l'atteinte des cibles d'usage valant ordre de paiement.</p>
Séjour du numérique en santé, champ <u>social et médico-social</u> (ESMS)	<p>Le versement de la subvention se fait sur demande et transmission par l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de la convention datée et co-signée par les parties ; - de l'attestation ARS de lancement de projet, mentionnant la réception des pièces et leur conformité pour le premier paiement ; - de l'attestation ARS d'atteinte des cibles et de vérification de la conformité des pièces valant ordre de paiement pour les paiements suivants.

▪ Cas particulier d'opérations immobilières

La réalisation des opérations d'investissements immobiliers peut faire l'objet d'une convention de mandat entre le bénéficiaire de la subvention (le mandant) et un tiers (le mandataire). Ce type de procédure implique que le mandataire émette des demandes d'avance au mandant, afin de lui permettre de payer les dépenses liées à l'opération. Dans ce cas, le bénéficiaire présente simultanément à la CDC la demande d'avance du mandant, certifiée par son comptable public, et les justificatifs des paiements qui s'y rattachent, fournis par son mandataire et certifiés par le comptable de ce dernier. La seule présentation des demandes d'avance ne pourra donner lieu à versement par la CDC.

3) Les déchéances des crédits délégués

Le règlement de déchéance est fixé par le décret susmentionné. Une double déchéance s'applique aux crédits FMIS qui vous sont délégués :

- les crédits sont prescrits dans un délai de deux ans dès lors qu'ils n'ont pas fait l'objet soit d'un agrément ou d'une décision attributive de subvention. Ce délai court à compter de la date de publication de la présente circulaire ;
- une déchéance quadriennale s'applique aux demandes de paiement des subventions par les établissements. Cette prescription court à compter du 1^{er} janvier de l'année suivant la date de l'engagement des crédits par l'ARS. L'établissement qui n'a pas procédé à la demande de paiement auprès de la CDC dans ce délai perd alors son droit de tirage.

4) Les modalités de dépôt des dossiers et les demandes de créations de contrats

I - Pour déposer les demandes de versement :

- Pour toutes les prestations sauf SUN-ES, la demande **doit être transmise via la plateforme en ligne demarches-simplifiees.fr** :



Deux formulaires de demandes en ligne sont à la disposition des établissements :

- Pour le versement des crédits Ségur du numérique en santé des **établissements sociaux et médico-sociaux** (ESMS), le formulaire est accessible via le lien :

www.demarches-simplifiees.fr/commencer/demande-de-remboursement-fmis-medico-social

- Pour le versement de tous les autres crédits sauf SUN-ES, le formulaire est accessible via le lien :

www.demarches-simplifiees.fr/commencer/demande-de-remboursement-fmis

- Pour la prestation SUN-ES (Ségur du numérique en santé pour les établissements de santé) **et seulement** pour cette prestation : par courriel fmis@caissedesdepots.fr.

Les demandes ne doivent être envoyées qu'une seule fois afin d'éviter d'alourdir le délai de traitement des dossiers. Aucune demande de versement hors SUN-ES adressée sur l'adresse courriel fmis@caissedesdepots.fr ne fera l'objet d'une instruction par la CDC.

L'adresse courriel fmespp@caissedesdepots.fr a été supprimée et ne doit plus être utilisée.

II – Création et mises à jour de contrats pour les établissements bénéficiaires du FMIS dans l'outil PEPS

Afin de fluidifier et de faciliter la gestion des demandes de création de nouveaux établissements bénéficiaires dans l'outil PEPS, les ARS doivent transmettre par courriel les demandes via un fichier Excel (selon le format ci-dessous) et joindre systématiquement le relevé d'identité bancaire établi au nom de l'établissement.

Nom de la structure	Siret	Adresse	Finess	Statut (**) public/privé	Sanitaire/médico-social	RIB (*) (en PJ)

(*) Les RIB devront reprendre le nom et SIRET.

(**) La CDC n'est pas compétente pour répondre sur les questions relatives à la nature juridique des établissements (privé ou public).

Dès que les créations de contrats sont effectuées, l'ARS concernée sera avisée par la CDC.

Une attention particulière vous est demandée quant à la nécessité de veiller à la demande de création, à chaque fois que nécessaire, des contrats FMIS pour les établissements avec lesquels vous contractualisez.

Une actualisation régulière des SIRET et/ou de la dénomination des établissements bénéficiaires des engagements de crédits est par ailleurs nécessaire afin de sécuriser les paiements.

En cas de modification du SIRET ou de dénomination de l'établissement bénéficiaire, il est nécessaire de faire procéder à la mise à jour du contrat FMIS auprès de la CDC par demande adressée par courriel à fmis@caissedesdepots.fr.



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

NOTE D'INFORMATION N° DGOS/RH1/2023/115 du 7 juillet 2023 relative à la répartition, par région, des postes d'assistants spécialistes à temps partagé pour la période 2023-2025

Le ministre de la santé et de la prévention

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SPRH2318914N (numéro interne : 2023/115)
Date de signature	07/07/2023
Emetteur	Ministère de la santé et de la prévention Direction générale de l'offre de soins
Objet	Répartition, par région, des postes d'assistants spécialistes à temps partagé pour la période 2023-2025.
Contact utile	Sous-direction des ressources humaines du système de santé Bureau Démographie et formations initiales (RH1) Caroline THOMAS Mél. : caroline.thomas2@sante.gouv.fr DGOS-RH1@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexe	3 pages + 1 annexe (1 page) Annexe : Répartition par région des postes pour la période 2023-2025
Résumé	Répartition, par région, des postes d'assistants spécialistes à temps partagé selon trois catégories distinctes et répartition des financements pour la période 2023-2025.
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux départements et territoires ultramarins, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle-Calédonie et de Wallis-et-Futuna.
Mots-clés	Assistant spécialiste - crédits nationaux d'assurance maladie (MIGAC) - médecin généraliste - stratégie nationale de santé - plan pour renforcer l'accès territorial aux soins - plan priorité prévention - zone sous dense - quartier prioritaire de la Ville (QPV).
Classement thématique	Professions de santé
Textes de référence	Instruction n° DGOS/DIR/2019/27 du 6 février 2019 relative à la mise en oeuvre de la mesure « 400 postes de médecins généralistes dans les territoires prioritaires »
Rediffusion locale	Néant

Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP du 6 juillet 2023 - N° 53	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

En 2018, la gestion des postes financés par des crédits nationaux d'assurance maladie (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation - MIGAC) s'est enrichie. En sus des postes d'assistants spécialistes à temps partagé entre établissements de santé ouverts annuellement depuis plusieurs années, ont été créés des postes d'assistants spécialistes à temps partagé spécifiquement dédiés à l'Outre-mer et des postes d'assistants spécialistes ambulatoires destinés à renforcer le lien ville-hôpital et à accompagner la construction de nouveaux parcours professionnels en ambulatoire.

Cette note d'information a pour objectif de rappeler les principales caractéristiques de ces trois catégories de postes ainsi que les postes ouverts et financés, par région, pour la période 2023-2025.

I - Les assistants spécialistes à temps partagé entre établissements de santé

Les objectifs poursuivis par ces postes, comme les modalités de leur attribution et de leur financement, ne connaissent pas d'évolution par rapport aux dispositions en vigueur les années précédentes.

Le financement de 250 postes d'assistants spécialistes à temps partagé entre établissements de santé est ouvert pour la promotion 2023-2025, selon la répartition figurant en annexe.

II - Les assistants spécialistes à temps partagé entre structures ambulatoires et établissements de santé

Ce dispositif vise à permettre à de jeunes médecins de développer un exercice mixte, partagé entre une structure hospitalière et une structure ambulatoire (centre de santé, maison de santé pluridisciplinaire, cabinet libéral notamment). Cela vise à appréhender, alors qu'ils débutent leur carrière professionnelle, les diverses formes d'exercice, sous un angle différent de celui connu au cours de leurs études médicales et dans un cadre sécurisant, d'encourager leur installation et de renforcer le lien ville-hôpital.

Ce dispositif est complémentaire de celui déployé dans le cadre de la mesure « 400 médecins généralistes dans les territoires prioritaires »¹ : il est ouvert à l'ensemble des spécialités médicales, hors médecine générale, et repose sur des modalités opérationnelles différentes.

Ainsi, les jeunes médecins sont recrutés sous le statut d'assistants hospitaliers et sont affectés et rémunérés pour la totalité de leur temps de travail par le centre hospitalier universitaire (CHU) partenaire du projet.

L'exercice au sein de la structure ambulatoire, à hauteur de 50 % minimum, est réalisé sous la forme de consultations avancées. Le projet dans lequel le jeune praticien s'inscrit, entre l'établissement de santé et la structure ambulatoire, au sein d'une équipe et d'un territoire, est particulièrement important. Une convention établie entre les parties concernées permet de mettre en valeur le projet auquel l'assistant spécialiste participe, et d'organiser les dimensions opérationnelles du partenariat.

¹ Instruction n° DGOS/DIR/2019/27 du 6 février 2019 relative à la mise en oeuvre de la mesure « 400 postes de médecins généralistes dans les territoires prioritaires ».

Il est important que vous puissiez soutenir avec ce dispositif, en cohérence avec les orientations du projet régional de santé (PRS) et de l'organisation de l'offre de soins à l'échelle régionale, des initiatives impliquant des structures situées dans des zones déficitaires dans les spécialités médicales concernées ainsi qu'en zones identifiées « quartiers prioritaires de la politique de la ville » (QPV).

Le financement de 80 postes d'assistants à temps partagé entre structures ambulatoires et établissements de santé est ouvert pour la promotion 2023-2025, selon la répartition figurant en annexe.

III - Les assistants spécialistes à temps partagé à exercice en Outre-mer

Dans ce dispositif, les jeunes médecins s'engagent à exercer leur assistantat, une année au moins et deux dans le meilleur des cas, dans un établissement de santé ultra-marin, hospitalo-universitaire ou non, ou dans une structure ambulatoire située en Outre-mer.

Compte tenu de la diversité des typologies de projets que ce dispositif est susceptible d'accompagner, reposant sur des partenariats exclusivement entre établissements ultra-marins ou impliquant une structure hospitalière métropolitaine, les dossiers de demandes de financement de ces postes sont à déposer auprès des agences régionales de santé (ARS) ultra-marines du ressort desquelles le temps partagé sera réalisé hors métropole (Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion et Mayotte).

Le financement de 50 postes d'assistants spécialistes à temps partagé à exercice en Outre-mer est ouvert pour la promotion 2023-2025, selon la répartition figurant en annexe.

Le Bureau Démographie et formations initiales (RH1) de la DGOS se tient à votre disposition pour répondre à vos demandes (DGOS-RH1@sante.gouv.fr). Je vous invite à lui faire part des éventuelles difficultés que vous pourriez rencontrer dans l'application de la présente note d'information.

Un bilan global, quantitatif et qualitatif, des conditions d'attribution des postes d'assistants spécialistes à temps partagé au cours de ces dernières années sera réalisé à l'automne 2023.

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



Marie DAUDÉ

ANNEXE

Répartition par région des postes d'assistants spécialistes à temps partagé
pour la promotion 2023-2025

Régions	Postes d'assistants spécialistes à temps partagé entre établissements de santé	Postes d'assistants spécialistes à temps partagé entre structures ambulatoires et établissements de santé	Postes d'assistants spécialistes à temps partagé en Outre-mer
Auvergne-Rhône-Alpes	17	8	
Bourgogne-Franche-Comté	28	4	
Bretagne	13	5	
Centre-Val de Loire	19	4	
Corse	3	1	
Grand Est	23	8	
Hauts-de-France	44	7	
Île-de-France	11	18	
Normandie	31	5	
Nouvelle-Aquitaine	19	7	
Occitanie	10	4	
Pays de la Loire	20	5	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	12	4	
Guadeloupe			7
Guyane			15
Martinique			7
La Réunion			6
Mayotte			15
Total	250	80	50

Ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion
Ministère de la santé et de la prévention
Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées

Arrêté du 12 juillet 2023 modifiant l'arrêté du 28 mars 2023 portant nomination des membres du jury des concours d'entrée à l'École nationale supérieure de sécurité sociale pour 2023 (63^{ème} promotion)

NOR : MTRS2330298A

Le ministre du travail, du plein emploi et de l'insertion, le ministre de la santé et de la prévention et le ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article R. 123-28 ;

Vu l'arrêté du 28 mars 2023 portant nomination des membres du jury des concours d'entrée à l'École nationale supérieure de sécurité sociale pour 2023 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de l'École nationale supérieure de sécurité sociale en date du 29 juin 2023,

Arrêtent :

Article 1^{er}

Mme Nathalie PORTAL, magistrate au Tribunal administratif de Grenoble, est nommée examinatrice spécialisée pour l'épreuve technique orale de droit public, en remplacement de Mme Viviane ANDRÉ, magistrate au Tribunal administratif de Grenoble.

Article 2

Le directeur de l'École nationale supérieure de sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Bulletin officiel Travail - Emploi - Formation professionnelle et au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 12 juillet 2023.

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

Caisse nationale des allocations familiales

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

NOR : SPRX2330297K

Prénom	Nom	CAF	DATE d'assermentation	DATE de délivrance de l'agrément définitif
Mélanie	BOUETARD	Côtes-d'Armor	17 octobre 2022	20 juin 2023
Marion	LE REUN	Finistère	10 novembre 2022	12-juin-2023
Jean-Daniel	ESTINGOY	Hautes-Pyrénées	8 novembre 2022	23 juin 2023
Cindy	RENAUD	Haute-Saône	10 novembre 2022	3 juillet 2023
Linda	QUESNE	Landes	20 octobre 2022	17 mai 2023
Laurence	HIEZ	Pyrénées-Orientales	7 décembre 2022	10-mai-2023
Alexandra	LANG	Saône-et-Loire	13 mars 2023	13-juin-2023
Magali	ESPOSITO	Var	3 novembre 2022	2-juin-2023

Caisse nationale de l'assurance maladie

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

NOR : SPRX2330275K

Nom	Prénom	Organisme	Date d'agrément provisoire	Date d'agrément définitif	Date d'assermentation
MERLAUD	Laurent	CPAM du Val-de-Marne	25/05/2023		
ROSSIGNOL	Aurélie	CPAM de Saône-et-Loire	25/05/2023		
DEMUR	Olivier	CPAM de Pau	31/05/2023		
DURAND	Geneviève	CPAM de la Haute-Loire	06/06/2023		
KUBASZEWSKI	Mélissa	CPAM des Côtes-d'Armor	15/06/2023		
GRIMAUD	Aurélien	CPAM de la Dordogne	23/06/2023		
BERNARD	Yohann	CGSS de la Guadeloupe	30/06/2023		
LESUR	Delphine	CPAM de l'Artois	30/06/2023		
ELMI	Lydie	CPAM de Bayonne	27/09/2022	23/05/2023	08/04/2022

JEANPIERRE	Stéphanie	CPAM du Val-d'Oise	07/10/2022	23/05/2023	22/11/2022
LYOUBI	Fatima	CPAM de Rouen Elbeuf Dieppe	12/10/2022	09/06/2023	05/01/2023
BEAUFORT	Stéphanie	CPAM de Seine-Saint-Denis	15/09/2022	20/06/2023	15/11/2022
BENFELLA	Nadia	CPAM de Seine-Saint-Denis	15/09/2022	20/06/2023	15/11/2022

Caisse nationale de l'assurance maladie

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

(Annule et remplace la publication au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2021/24 du 31 décembre 2021)

NOR : SSAX2130548K

Nom	Prénom	Date de naissance	Organisme	Date agrément provisoire	Date agrément définitif	Date assermentation
BENNABI	Nesrine	23/07/1984	CPAM de Paris	22/11/2021		
LEGENDRE	Stéphanie	22/07/1978	CPAM du Rhône	23/11/2021		
KRIVANECK	Marie	17/11/1993	CPAM de Belfort	23/11/2021		
DAHMAT	Farid	28/11/1980	CPAM de Seine-Saint-Denis	01/12/2021		
PENCHENAT	Nathalie	24/05/1982	CPAM de l'Essonne	03/12/2021		
DAKDAKI	Mina	01/09/1980	CPAM du Gard	19/12/2012	14/06/2013	16/09/2013
PALLESCHI	Frédérique	03/10/1968	CPAM du Rhône	08/01/2021	09/12/2021	02/04/2021
CANONNE	Corinne	14/05/1977	CPAM du Gers	21/01/2021	09/12/2021	15/03/2021
HENRIETTE	Nicolas	22/10/1980	CPAM du Calvados	03/02/2021	09/12/2021	17/05/2021
THOUMINE	Tiphaine	12/06/1986	CPAM du Calvados	03/02/2021	09/12/2021	23/04/2021
COMBET	Marie-Laurence	06/04/1967	CPAM des Yvelines	09/03/2021	09/12/2021	02/04/2021
SAKALALA	Sofia	18/07/1990	CPAM du Havre	01/04/2021	09/12/2021	23/04/2021

Caisse nationale de l'assurance maladie

Délégation(s) de signature de la Caisse nationale de l'assurance maladie

NOR : SPRX2330293X

Direction du groupe UGECAM.

DIRECTION DU GROUPE UGECAM (DGU)

Mme **Sandrine BILLET**

Décision du 9 mai 2023

En cas d'absence ou d'empêchement du directeur/de la directrice du Groupe UGECAM, délégation de signature est accordée à Mme Sandrine BILLET, son adjointe, pour signer :

- la correspondance courante de la direction du groupe UGECAM ;
- les lettres réseau et enquêtes/questionnaires destinées aux UGECAM ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées dans le cadre de son champ de responsabilité ;
- les courriers de suspension des délibérations des conseils des UGECAM ;
- les ordres de dépenses, titres de recettes, engagements, dégagements et ordres de reversement, bordereaux et pièces justificatives correspondantes, ainsi que toutes pièces comptables concernant :
 - le Fonds national de l'action sanitaire et sociale pour les lignes budgétaires concernant les dotations de fonctionnement (gestion 42 - compte 65515) et les avances en capital versées aux UGECAM (gestion 42 - compte 265217).
- les notifications de dotations de fonctionnement et les avances en capital accordées aux UGECAM.

En matière de budget de gestion (FNG), en cas d'absence ou d'empêchement du directeur/de la directrice du groupe UGECAM, délégation est accordée à Mme Sandrine BILLET, pour :

- approuver, dans la limite des crédits dédiés aux UGECAM à l'intérieur du Fonds national de gestion, les budgets primitifs et rectificatifs des UGECAM siège.

En matière de budget d'intervention (FNASS), en cas d'absence ou d'empêchement du directeur/de la directrice du groupe UGECAM, délégation est accordée à Mme Sandrine BILLET, pour :

- approuver les budgets primitifs et rectificatifs des UGECAM dans la limite des crédits affectés aux UGECAM à l'intérieur du budget ;
- effectuer les virements de crédits à l'intérieur des groupes de dépenses visés ci-après du budget du FNASS, étant souligné qu'il existe un principe de fongibilité :
 - protocole d'accord du 09/04/1998, et autres charges techniques (gestion 42 - compte 65515),
 - établissements des UGECAM (avances - gestion 42 - compte 265217).

Il est précisé que la gestion stratégique et opérationnelle des œuvres de caisses, et partant des crédits qui leur sont réservés au sein du budget du FNASS, n'entre pas dans le champ de la mission de la direction du groupe UGECAM.

En matière d'opérations immobilières relevant du budget d'intervention (FNASS), en cas d'absence ou d'empêchement du directeur/de la directrice du groupe UGECAM, délégation est accordée à Mme Sandrine BILLET, pour signer :

- la notification aux UGECAM :
 - des décisions de principe portant sur l'opportunité d'une opération mobilière ou immobilière d'un montant supérieur à 700 000 € TTC, qui a reçu préalablement le visa favorable du directeur général,
 - des ouvertures d'autorisations de programme correspondantes, qui ont reçu préalablement le visa favorable du directeur général.
- la notification aux UGECAM des ouvertures d'autorisations de programme relatives aux opérations mobilières ou immobilières d'un montant allant jusqu'à 700 000 € TTC, une information sur les décisions prises étant communiquée trimestriellement au directeur général ;
- la notification aux UGECAM des décisions de vente d'immeuble pour les cessions dont le prix est supérieur à 700 000 € TTC, après visa favorable préalable du directeur général ;
- la notification aux UGECAM des décisions de vente d'immeuble dont le prix de cession est d'un montant allant jusqu'à 700 000 € TTC ;
- la notification aux UGECAM des décisions de prise à bail de locaux lorsque le prix du loyer annuel principal est supérieur à 250 000 € TTC, qui auront reçu préalablement le visa favorable du directeur général ;
- la notification aux UGECAM des décisions de prise à bail pour le prix du loyer annuel principal allant jusqu'à 250 000 € TTC ;
- la notification aux UGECAM des avis concernant la désignation des maîtres d'œuvre et autres intervenants dans le cadre d'opérations immobilières ;
- la notification aux UGECAM des autorisations de programmes complémentaires lorsque la nature et le pourcentage des dépassements sont les suivants :
 - a) dépassements résultant de la hausse légale des prix, pour la totalité de la dépense,
 - b) dépassements constatés au résultat de l'appel d'offres entre le montant des offres retenues et celui de l'estimation des travaux, dans la limite de 10 % du montant des travaux précédemment autorisés,
 - c) dépassements relatifs à l'exécution de fondations spéciales et prestations supplémentaires exigées par des nouvelles réglementations techniques et de sécurité pour la totalité de la dépense,
 - d) dépassements relatifs aux imprévus de chantier (VRD - branchements divers, mesures de sécurité, abords, etc...) dans la limite de 5 % du montant des travaux autorisés,
 - e) modifications de programme dans la limite de 5 % du montant des travaux autorisés,
 - f) travaux modificatifs et imprévus concernant les aménagements d'immeubles, dans la limite de 15% du montant des travaux autorisés,
 - g) dépassements liés à des contentieux avec les entreprises ou différents intervenants dans la limite de 10 % du marché ou du contrat.
- la notification aux UGECAM des autorisations de programme complémentaires après visa favorable préalable du directeur général, lorsque les pourcentages des dépassements sont supérieurs à ceux indiqués dans les rubriques b, d, e, f et g, du paragraphe précédent.

En matière de commande publique et dans le cadre des opérations intéressant la direction du groupe UGECAM, délégation de signature est accordée à Mme Sandrine BILLET, pour signer :

- tout acte, décisoire ou de gestion, relatif à la passation ou à l'exécution des contrats, avenants ainsi que les conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat :
 - lorsque ces derniers sont inférieurs ou égaux à 5 millions € TTC, excepté le visa de l'opportunité de lancer les marchés et les commandes supérieurs à 50 000 € TTC (notes d'opportunité ou procès-verbaux du comité interne dédié de la direction).
- les actes de gestion relatifs à la passation ou à l'exécution des contrats, avenants ainsi que les conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat :
 - lorsque ces derniers sont supérieurs à 5 millions € TTC, excepté le visa de l'opportunité de lancer les marchés et les commandes supérieurs à 50 000 € TTC (notes d'opportunité ou procès-verbaux du comité interne dédié de la direction).

Les actes de gestion concernés s'entendent par opposition aux actes à caractère décisoire et comprennent notamment :

- les notes d'opportunités inférieures ou égales à 50 000 € TTC ;
- les lettres d'invitation à soumissionner (ou de « consultation ») ou à participer au dialogue (procédures restreintes) ;
- les lettres de cadrage (dialogue compétitif) ;
- les lettres d'invitation à remettre une offre finale (procédures négociées) ;
- les demandes de compléments, précisions, clarifications, régularisations, adressées par la CNAM aux candidats ou soumissionnaires ;
- les renseignements complémentaires apportés par la CNAM sur le dossier de consultation ;
- les projets de rapport de présentation ;
- les réponses aux demandes des motifs de rejet par les soumissionnaires non retenus ;
- les demandes des certificats et attestations pour la vérification des interdictions de soumissionner aux candidats retenus (procédure restreinte) ou à l'attributaire (procédure ouverte).

En matière de commande publique, dans le cadre des opérations intéressant la direction du groupe UGECAM et en cas d'absence ou d'indisponibilité du directeur/de la directrice du groupe UGECAM, délégation de signature est accordée à Mme Sandrine BILLET pour signer à sa place tout acte relatif à la passation ou à l'exécution des contrats, avenants ainsi que les conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat, à l'exception :

- des actes d'engagement des contrats dont le montant est supérieur à 10 millions € TTC ainsi que des actes attachés suivants :
 - actes de sous-traitance remis dès le stade des offres,
 - mises au point,
 - avenants.
- des conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat, supérieurs à 10 millions € TTC ;
- des avenants entraînant un dépassement par le contrat du seuil de 10 millions € TTC.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.
Signé : Thomas FATÔME, directeur général.

Caisse nationale d'assurance vieillesse

Liste des agents de contrôle de la branche vieillesse ayant reçu l'agrément provisoire 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 : SPRX2330295K

Nom	Prénom	CARSAT / CGSS	Date de délivrance de l'agrément provisoire
BRESARD	Aurélien	Bourgogne-Franche-Comté	17/04/2023
DA SILVA	Ludovic	Bourgogne-Franche-Comté	17/04/2023
CONDEMINE	Aurélie	Centre-Ouest	22/05/2023

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 : SPRX2330296K

Nom	Prénom	CARSAT / CGSS	Date de délivrance de l'agrément définitif
SILLY	Julie	CNAV Établissement	21/06/2023
MATHIEUX	Ludivine	Pays de la Loire	22/06/2023
MAURO	Véronique	Sud-Est	03/07/2023