



MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

# *Bulletin officiel*

## Santé

## Protection sociale

## Solidarité

### N° 24

### 31 décembre 2021

## *Sommaire chronologique*

6 avril 2021

**Convention 12-363-DNUM-CSOC-0007 du 6 avril 2021** pour le financement du projet « Système d'information des manifestations sportives (SIMS) ».

10 juin 2021

**Convention de délégation de gestion du 10 juin 2021** relative à l'affectation des fonds à la Fabrique des ministères sociaux afin de financer l'accélération du produit e-MJPM.

15 juillet 2021

**Convention de délégation de gestion du 15 juillet 2021** pour le financement de l'accélération du projet « ARCHIFILTRE ».

21 juillet 2021

**Convention 12-363-DNUM-CSOC-0012 du 21 juillet 2021** pour le financement du projet « Mettre le compte ameli (web et smartphone) aux normes d'accessibilité numérique (référentiel RGAA).

23 août 2021

**Arrêté du 23 août 2021** portant modification de l'arrêté du 15 février 2021 portant désignation des représentants du personnel au sein du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail unique d'administration centrale institué dans les départements ministériels relevant des ministres chargés des solidarités et de la santé, du travail, de l'emploi et de l'insertion.

25 août 2021

**Convention du 25 août 2021** pour le financement de l'application SIVA dans le cadre de la délégation des applications informatiques « Jeunesse et Sport » à la Direction du numérique.

18 octobre 2021

**Convention de délégation de gestion du 18 octobre 2021** relative au financement du Système Intégré du Contrôle de Légalité de l'Etat (SICLE).

20 octobre 2021

**INSTRUCTION N° DGS/EA4/2021/214 du 20 octobre 2021** relative à la mise en œuvre de la réglementation applicable aux eaux de piscine.

## 28 octobre 2021

**Arrêté du 28 octobre 2021** modifiant l'arrêté du 15 novembre 2018 portant nomination au conseil d'administration de l'Institut national de jeunes sourds de Paris.

**Arrêté du 28 octobre 2021** prorogeant le mandat de membres du conseil d'administration de l'Institut national des jeunes sourds de Paris.

**Arrêté du 28 octobre 2021** modifiant l'arrêté du 29 novembre 2018 portant nomination au conseil d'administration de l'Institut national de jeunes aveugles de Paris.

## 29 octobre 2021

**NOTE D'INFORMATION INTERMINISTÉRIELLE N° DGOS/PF2/DGS/PP2/DSS/1C/2021/215 du 29 octobre 2021** relative à la continuité des traitements initiés dans le cadre de l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) de cohorte de la spécialité SIRDALUD 4mg, comprimé sécable (tizanidine).

## 19 novembre 2021

**INSTRUCTION N° DGOS/R4/DGCS/3A/2021/233 du 19 novembre 2021** relative au déploiement des interventions des équipes mobiles de gériatrie hospitalières sur les lieux de vie des personnes âgées.

## 24 novembre 2021

**Convention 12-363-DNUM-CSOC-0021 du 24 novembre 2021** pour le financement du projet « Outil de pilotage de l'action sociale des conseils départementaux ».

**Arrêté du 24 novembre 2021** portant modification de l'arrêté du 15 février 2021 portant désignation des représentants du personnel au comité technique unique d'administration centrale institué dans les départements ministériels relevant des ministres chargés des solidarités et de la santé, du travail et de l'emploi et de l'insertion.

## 25 novembre 2021

**Arrêté du 25 novembre 2021** portant composition du jury de fin de formation des ingénieurs d'études sanitaires - Promotion 2021.

## 26 novembre 2021

**Convention 12-363-DNUM-CSOC-0022 du 26 novembre 2021** pour le financement du projet « Générateur d'application mobile ».

## 29 novembre 2021

**Arrêté du 29 novembre 2021** portant composition de la commission d'évaluation de stage des médecins inspecteurs de santé publique - Promotion 2021.

## 30 novembre 2021

**CIRCULAIRE N° DGCS/SD3/2021/236 du 30 novembre 2021** relative à la diffusion du cahier des charges des communautés 360.

## 8 décembre 2021

**Arrêté du 8 décembre 2021** portant nomination à l'union nationale des professionnels de santé.

## 10 décembre 2021

**Décision n° 2021-30 du 10 décembre 2021** de la directrice de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie répartissant, au titre de l'exercice 2021, les crédits du plan d'aide à l'investissement du quotidien.

**Décision n° 2021-37 du 10 décembre 2021** de la directrice de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie répartissant, au titre de l'exercice 2021, entre ARS, les crédits dans le cadre de l'appel à projets national du programme « ESMS numérique ».

**Décision n° 2021-38 du 10 décembre 2021** de la directrice de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie répartissant, au titre de l'exercice 2021, les crédits dans le cadre des appels à projets régionaux du temps 2 de la phase d'amorçage du programme « ESMS numérique ».

**Arrêté du 10 décembre 2021** relatif à l'agrément de certains accords de travail applicables dans les établissements et services du secteur social et médico-social privé à but non lucratif *publié au JORF n° 294 du 18 décembre 2021* - Texte de l'accord et de l'avenant cités à l'article 1<sup>er</sup> (I).

**Arrêté du 10 décembre 2021** portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'Agence régionale de santé de La Réunion.

## 13 décembre 2021

**Arrêté du 13 décembre 2021** portant désignation d'un membre du conseil scientifique qui assiste le comité d'histoire de la sécurité sociale.

## 14 décembre 2021

**NOTE D'INFORMATION INTERMINISTÉRIELLE N° DGOS/PF2/DSS/1C/2021/250 du 14 décembre 2021** relative à l'évolution des modalités de prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation, à titre dérogatoire et transitoire, des spécialités pharmaceutiques à base d'immunoglobulines humaines faisant l'objet d'une autorisation d'importation dans un contexte de tensions d'approvisionnement des spécialités équivalentes.

**INSTRUCTION N° DGOS/R3/2021/249 du 14 décembre 2021** relative à l'accompagnement financier pour la mise en place de dispositifs de gestion des lits dans le cadre de la circulaire n° DGOS/R2/2019/235 du 7 novembre 2019 relative à l'anticipation des tensions liées aux hospitalisations non programmées et au déploiement du besoin journalier minimal en lits dans tous les établissements publics et privés et groupements hospitaliers de territoire.

**INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DSS/2B/2021/247 du 14 décembre 2021** relative à la revalorisation au 1<sup>er</sup> janvier 2022 des plafonds de ressources d'attribution de certaines prestations familiales servies en métropole, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à la Réunion, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et à Mayotte.

### 15 décembre 2021

**Décision du 15 décembre 2021** portant renouvellement de l'agrément de l'Institut de recherche comportementale et cognitive sur l'anxiété et la dépression (IRCCADE) de Bordeaux pour délivrer une formation en psychopathologie clinique conduisant au titre de psychothérapeute.

**Décision du 15 décembre 2021** portant renouvellement de l'agrément de l'Association française de thérapie comportementale et cognitive (AFTCC) pour délivrer une formation en psychopathologie clinique conduisant au titre de psychothérapeute.

**Décision du 15 décembre 2021** portant agrément de l'Université Paris Descartes à délivrer dans le cadre du diplôme d'université psychothérapie et psychopathologie développementale, une formation en psychopathologie clinique conduisant à la délivrance de l'usage du titre de psychothérapeute.

**Décision du 15 décembre 2021** portant renouvellement de l'agrément de l'Ecole pratique des hautes études en psychopathologies (EPHÉP) pour délivrer une formation en psychopathologie clinique conduisant au titre de psychothérapeute.

**INSTRUCTION N° DGOS/PF/PHARE/2021/254 du 15 décembre 2021** relative à la sécurisation du processus d'achat de fournitures et équipements critiques.

### 16 décembre 2021

**Arrêté du 16 décembre 2021** portant inscription au titre de l'année 2022 au tableau d'avancement à la hors classe du corps des directeurs des soins.

### 17 décembre 2021

**Arrêté du 17 décembre 2021** établissant la liste des élèves-directeurs et élèves-directrices d'hôpital inscrits sur la liste d'aptitude à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022.

**Arrêté du 17 décembre 2021** établissant la liste des élèves-directeurs et élèves-directrices des soins inscrits sur la liste d'aptitude à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022.

**INSTRUCTION N° DGS/SP2/2021/259 du 17 décembre 2021** relative à la généralisation de l'accès au dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) par sérologie directement sans prescription dans tous les laboratoires de biologie médicale et au rôle des agences régionales de santé.

### 18 décembre 2021

**Arrêté du 18 décembre 2021** établissant la liste des élèves-directeurs et des élèves-directrices d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux inscrit(e)s sur la liste d'aptitude à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022.

## 21 décembre 2021

**Convention de partenariat du 21 décembre 2021** pour le financement du produit MANO (Outil Numérique d'Accompagnement Mobile).

## 22 décembre 2021

**NOTE D'INFORMATION INTERMINISTERIELLE N° DGOS/PF2/DGS/PP3/DSS/1C/2021/239 du 22 décembre 2021** relative à la mise en œuvre du recueil et de la transmission de certaines informations relatives à l'usage des produits de santé financés au titre des prestations d'hospitalisation prévus à l'article L. 165-11 du code de la sécurité sociale.

**Arrêté du 22 décembre 2021** allouant une subvention à la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM).

**INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DSS/SD3A/2021/260 du 22 décembre 2021** relative à la revalorisation des pensions de vieillesse, des minima sociaux et des minima de pension au 1<sup>er</sup> janvier 2022.

## 24 décembre 2021

**INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGS/EA2/DGT/CT2/DGOS/R5/2021/160 du 24 décembre 2021** relative aux pathologies professionnelles et environnementales.

## 29 décembre 2021

**Arrêté du 29 décembre 2021** portant ouverture des concours d'entrée à l'École nationale supérieure de sécurité sociale en 2022 (62<sup>ème</sup> promotion).

## Non daté

**Délégation(s) de signature** de la 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.

Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports  
Ministère des solidarités et de la santé  
Ministère de la transformation et de la fonction publiques

**Convention 12-363-DNUM-CSOC-0007 du 6 avril 2021 pour le financement du projet  
« Système d'information des manifestations sportives (SIMS) »**

NOR : SSAZ2130539X

**ENTRE**

La Direction interministérielle du numérique,  
sise 20 avenue de Ségur, 75007 PARIS,  
représentée par Jean-Louis BARTHELEMY, en sa qualité de chef de pôle Produits numériques  
partagés,  
ci-après désignée « DINUM »,

**D'une part,**

**ET**

La Direction des sports du Ministère chargé des sports,  
sise 95 avenue de France, 75013 PARIS,  
représentée par Gilles QUÉNÉHERVÉ, en sa qualité de directeur,  
ci-après désignée « bénéficiaire »,

et

La Direction du numérique du Ministère des solidarités et de la santé,  
sise 39 quai André-Citroën, 75015 PARIS,  
représentée par Hélène BRISSET, directrice,  
ci-après désignée « DNUM ministérielle »,

**D'autre part.**

SI Manifestations Sportives (SIMS)

Cette convention de financement de projet est conclue entre la Direction des sports du Ministère chargé des sports et la Direction du numérique du Ministère des solidarités et de la santé, d'une part et la Direction interministérielle du numérique d'autre part.

Elle définit les modalités d'exécution du projet, qui conditionnent le versement des crédits.

*1. Identification du projet*

Nom du projet : SI Manifestations Sportives (SIMS).

Thématique concernée : Extensions territoriales de bonnes pratiques numériques (ITN3).

## 2. Niveau et calendrier de co-financement du projet par le plan de relance

Le niveau de cofinancement par année du projet est le suivant :

	2021	2022
AE	252 600 €	
CP	252 600 €	

Le financement est mis à disposition dès la signature de la présente convention.

## 3. Modalités du co-financement par le plan de relance du projet

Les crédits sont mis à disposition sur le centre financier 0363-DNUM-CSOC.

REFERENCES CHORUS (pour les services bénéficiaires de l'Etat)	
Domaine fonctionnel	0363-04-01
Centre financier	0363-DNUM-CSOC
Activité(s)	036304030001 Fonds ITN
Projet analytique ministériel	12-363-DNUM-CSOC-0007

## 4. Reporting budgétaire

Chaque dépense (ou versement de subvention) effectuée depuis l'UO déléguée en gestion se fera en utilisant le code PAM « 12-363-DNUM-CSOC-0007 » de CHORUS et l'activité correspondante 036304030001 du Fonds « Innovation et transformation numériques » ITN.

L'administration porteuse et la DNUM ministérielle sont tenues de respecter ce marquage au titre de la convention de délégation de gestion sur le centre financier 0363-DNUM-CSOC ; elles seront ainsi dispensées de reporting budgétaire systématique dans la mesure où la DINUM pourra extraire les informations nécessaires dans CHORUS.

Le bénéficiaire répondra aux sollicitations de la DINUM et de la Direction du numérique du Ministère des solidarités et de la santé (prise d'information, dialogue de gestion).

## 5. Reporting projet

Le porteur de projet :

- Fournira à la DINUM un rapport trimestriel d'avancement et un bilan final du projet en faisant le lien avec la consommation budgétaire à l'issue du projet ;
- Fournira à la DINUM la liste des entreprises, avec leur numéro de département et le code SIRET des établissements réalisant les prestations, dont le siège social est établi en France et qui bénéficieront de commandes dans le cadre du financement accordé :



- A la signature de la présente convention ;
- A chaque nouvelle entreprise répondant aux critères ;
- En fin de projet.

- Facilitera le suivi du projet en nommant un ou plusieurs référents qui s'engagent à répondre à toutes les éventuelles sollicitations de la DINUM sur l'avancement dudit projet.

La direction des services départementaux de l'Education nationale de la Loire (DSDEN) est partie prenante opérationnelle du projet.

#### *6. Modifications de la convention*

La présente convention peut être modifiée par voie d'avenant signé par les parties en cas de modification de ses modalités d'exécution.

En particulier, toute difficulté majeure dans la réalisation du projet sera portée à la connaissance de la DINUM qui pourra suspendre ou interrompre les financements initialement définis.

Fait le 6 avril 2021.

Pour la Direction interministérielle du numérique :  
Le chef de pôle Produits numériques partagés,  
Jean-Louis BARTHELEMY

Pour la Direction des sports  
du Ministère chargé des sports :  
Le porteur du projet, le directeur,  
Gilles QUÉNÉHERVÉ

Pour la Direction du numérique  
du Ministère des solidarités et de la santé :  
La directrice,  
Hélène BRISSET

Ministère des solidarités et de la santé  
Ministère de la transformation et de la fonction publiques

**Convention de délégation de gestion du 10 juin 2021 relative à l'affectation des fonds à la  
Fabrique des ministères sociaux afin de financer l'accélération du produit e-MJPM**

NOR : SSAZ2130540X

**ENTRE**

La Fabrique numérique des ministères sociaux,  
39-43 quai André-Citroën, 75015 PARIS,  
représentée par Hélène BRISSET, directrice du numérique des ministères sociaux,  
ci-après dénommée « le délégataire » ou « la DNUM »,

**D'une part,**

**ET**

La Direction interministérielle du numérique,  
sise 20 avenue de Ségur, 75007 PARIS,  
représentée par Nadi BOU HANNA, directeur,  
ci-après dénommée « le délégant » ou « la DINUM »,

**D'autre part.**

Vu le décret n° 2004-1085 du 14 octobre 2004 modifié relatif à la délégation de gestion dans les services de l'Etat et le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 modifié relatif à la gestion budgétaire et comptable publique,

Vu le décret n° 2019-1088 du 25 octobre 2019 relatif au système d'information et de communication de l'Etat et à la Direction interministérielle du numérique et notamment son article 6,

Préambule

beta.gouv.fr est un programme principalement animé au sein de la DINUM qui aide les ministères et autres partenaires publics à construire des services numériques simples, faciles à utiliser, à l'impact maximal.

beta.gouv.fr constitue des équipes pluridisciplinaires constituées de personnes expertes du numérique et d'un ou plusieurs agents publics issus de l'administration partenaire, agissant en qualité d'« intrapreneur(s) ». Ces équipes suivent une démarche de conception de service numérique agile et centrée sur les besoins des utilisateurs parfois surnommée « approche startup d'Etat ». Au sein d'un incubateur, les équipes investiguent le problème identifié pour mieux comprendre les besoins des utilisateurs (« phase d'investigation »), puis construisent une première solution minimale pour expérimenter et vérifier son utilité réelle sur le terrain (« phase de construction »). En cas d'utilité avérée, le service s'améliore, s'étend à de nouveaux périmètres et se déploie (« phase d'accélération ») pour ensuite trouver une structure d'accueil propice à sa pérennisation (« phase de consolidation » ou « phase de transfert »).

La startup d'Etat e-MJPM vise à permettre aux juges de trouver rapidement le bon professionnel pour les majeurs à protéger. Cette équipe portée par la Fabrique des ministères sociaux est lauréate du FAST et a obtenu un cofinancement de 250 000 € sous la condition de l'obtention d'une lettre d'engagement du Ministère de la Justice indiquant qu'il assurera la promotion du service auprès des juridictions.

Ce courrier signé par Sébastien GALLOIS, secrétaire général adjoint du Ministère de la Justice a été adressé le 7 juin 2021 à l'équipe e-MJPM.

Cette convention est établie en vue d'affecter ces fonds à la Fabrique des ministères sociaux afin de financer l'accélération du produit e-MJPM.

Il a été convenu ce qui suit :

#### Article 1<sup>er</sup> Objet de la délégation

La présente convention a pour objet de définir la répartition des rôles et les modalités de participation financière de la DINUM afin d'accélérer le service numérique e-MJPM ayant pour objectif de mieux cerner les symptômes des patients et d'ainsi améliorer l'accompagnement par un médecin, en suivant l'approche documentée sur la page : <https://beta.gouv.fr/approche/>.

Conformément à l'article 2 du décret n° 2004-1085 du 14 octobre 2004 visé en référence, la présente convention précise les obligations respectives des parties et les modalités d'exécution financière de l'action.

Pour assurer ses missions, le délégant autorise la DNUM à consommer des crédits hors titre 2 rattachés à l'Unité opérationnelle (UO) 0352-CFSE-CFIN, dont le responsable est le délégant.

Cette autorisation couvre les opérations de dépenses liées à la phase d'accélération du service visé par la présente convention.

Elle précise également le montant alloué au projet et les imputations budgétaires et analytiques à renseigner dans CHORUS.

#### Article 2 Obligations de la DNUM

La DNUM s'engage à :

- respecter le manifeste du programme beta.gouv.fr pour l'émergence de services publics numériques, détaillé sur la page : <https://beta.gouv.fr/approche/manifeste> ;
- nommer une ou un agent public au rôle d'« intrapreneur » dans les conditions détaillées sur la page : <https://beta.gouv.fr/approche/intrapreneurs> ;
- désigner une ou un « sponsor » de haut niveau dans les conditions détaillées sur la page : <https://beta.gouv.fr/approche/sponsors>.

La DNUM utilise les supports contractuels à sa disposition pour accompagner, mettre en œuvre et garantir l'amélioration continue du service visé par la présente convention, au travers des prestations d'accompagnement, de coaching, de développement, de déploiement, d'expertise UX/UI, de webdesign, etc.

Dans l'utilisation de ces supports contractuels, la DNUM assure les actes de gestion permettant de consommer les AE et les CP, hors titre 2, de l'UO mentionné à l'article 1<sup>er</sup>, dans le respect des règles budgétaires et comptables.

### Article 3 Obligations de la DINUM

La DINUM s'engage à intégrer l'équipe du service visé par la présente convention à la communauté beta.gouv.fr : accès aux outils partagés, aux ateliers de partage d'expérience, aux formations et aux différentes ressources transverses proposées (aide juridique, expertise en matière de sécurité, d'accessibilité, d'expérience utilisateur, de droit du numérique, etc).

### Article 4 Déroulement des travaux

Les travaux sont organisés sous le pilotage d'un comité d'investissement organisé tous les six mois pour évaluer les résultats obtenus par chaque équipe incubée et pour déterminer la suite à donner. Ce comité d'investissement est présidé par le représentant de la DNUM. La DINUM participe à ce comité d'investissement.

Les codes sources documentés seront publiés en *open source* conformément aux orientations de la circulaire du Premier ministre n° 5608/SG du 19 septembre 2012 relative aux orientations pour l'usage des logiciels libres dans l'Administration. La DNUM fournira à la DINUM les bases de données, la documentation, les dossiers CNIL éventuels, les dossiers d'homologation RGS et tous les éléments permettant de poursuivre les partenariats engagés sur les développements existants ou à venir.

Une vigilance particulière devra être accordée par l'ensemble des parties prenantes au respect des règles de protection des données à caractère personnel. La DNUM est responsable du traitement qui sera effectué dans le cadre de la présente convention, la DINUM assurant un rôle de sous-traitant selon la répartition présentée dans le tableau en annexe.

Les partenaires s'engagent à respecter les bonnes pratiques recommandées par la DINUM en matière de conception de services numériques, et notamment :

- mesurer et diffuser l'impact des services développés par l'intermédiaire d'une page internet présentant les statistiques du service ;
- organiser régulièrement des ateliers d'analyses de risques en suivant la démarche recommandée par la DINUM et l'ANSSI<sup>1</sup> ;
- pour les services nécessitant d'authentifier des usagers, prévoir l'intégration de France Connect<sup>2</sup> ;
- suivre les recommandations de l'Observatoire de la qualité des démarches en ligne telles que décrites sur : <https://observatoire.numerique.gouv.fr/> ; pour les démarches en ligne, prévoir l'intégration du bouton « Je Donne Mon Avis »<sup>3</sup>.

### Article 5 Exécution financière de la délégation

La DNUM s'engage à fournir, en temps utile et notamment en fin de gestion, tous les éléments de prévision et de suivi budgétaire demandés par le délégataire.

<sup>1</sup> <https://www.ssi.gouv.fr/uploads/2018/11/guide-securite-numerique-agile-anssi-pa-v1.pdf>

<sup>2</sup> <https://franceconnect.gouv.fr/partenaires/>

<sup>3</sup> <https://observatoire.numerique.gouv.fr/Aide/Int%C3%A9gration%20du%20bouton%20MonAvis>

Dès la signature de la présente convention, la DINUM :

- procède aux demandes de paramétrage d'habilitations de CHORUS auprès de l'agence pour l'informatique financière de l'Etat ;

- met à disposition les montants maximum suivants progressivement en autorisation d'engagement et crédits de paiements sur l'UO 0352-CFSE-CFIN selon l'échéancier prévisionnel et indicatif suivant et sur demande du délégataire :

	AE	CP
2021	250 000 €	250 000 €

Le délégataire est chargé, en sa qualité de pouvoir adjudicateur, de la passation, de la signature et de l'exécution des actes juridiques (marchés publics, accords-cadres, conventions, etc.) nécessaires au développement des services numériques visées par la présente convention.

Pour assurer ses missions, le délégataire se voit confier par le délégant la gestion de crédits rattachés à l'Unité opérationnelle 0352-CFSE-CFIN.

Le délégant fournit en temps utile tous les éléments d'information dont le délégataire a besoin pour l'exercice de sa délégation, notamment les références d'imputation de la dépense et tout élément relatif à la certification du service fait.

Références Chorus	
Domaine fonctionnel	0352-01
Centre financier	0352-CFSE-CFIN
Activité(s)	035200010101 Domaine appli métier
Centre de coût	SGSIFAB075

Le délégataire est chargé de retranscrire les opérations de dépenses dans le système d'informations financier de l'Etat CHORUS, en lien avec le centre de services partagés financiers des services du Premier ministre.

Le comptable assignataire de la dépense est le contrôleur budgétaire et comptable du Ministère des solidarités et de la santé. Une copie de la convention est transmise au CBCM des services du Premier ministre et au CBCM du délégant.

Le délégataire s'engage à rendre compte au délégant au terme de la convention des dépenses réalisées et de l'avancement des travaux et à présenter à cette occasion les prévisions de commande et de consommation du budget.

La somme des crédits engagés par le délégataire ne pourra dépasser la limite du montant alloué par le délégant. En cas d'insuffisance des crédits, le délégataire informe le délégant sans délai. A défaut d'ajustement de la dotation, le délégataire suspend l'exécution de la délégation. Dans l'hypothèse où les crédits mis à disposition par le délégant ne seraient pas entièrement consommés par le délégataire, celui-ci s'engage à en informer le délégant dans les meilleurs délais.

## Article 6 Modification du document

Toute modification des conditions ou modalités d'exécution de la présente convention, définie d'un commun accord entre les parties, fait l'objet d'un avenant de droit dont un exemplaire est transmis aux contrôleurs budgétaire et comptable du Ministère des solidarités et de la santé et ministériel du Premier ministre de la DINUM et de la DNUM.

## Article 7 Durée et résiliation de la convention

La présente convention prend effet à sa date de signature. Elle est conclue jusqu'au 31 décembre 2021.

La période d'effet de la convention couvre l'engagement des dépenses, la réalisation des prestations et le paiement des dépenses effectuées dans le cadre de la délégation de gestion sur l'UO.

De plus, la durée d'exécution du ou des bon(s) de commande sur marchés, passé(s) dans le cadre de cette convention, devra être conforme aux règles édictées dans le marché utilisé.

Conformément à l'article 5 du décret n° 2004-1085 du 14 octobre 2004 visé en référence, il peut être mis fin à tout moment à la délégation de gestion par l'une des parties, sous réserve du respect d'un préavis de trois mois.

La résiliation de la convention entraîne de plein droit la résiliation des services associés.

## Article 8 Publication de la délégation

La présente convention sera publiée selon les modalités propres de chaque département ministériel concerné, conformément à l'article 2 du décret n° 2004-1085 du 14 octobre 2004. Elle sera notamment publiée sur le site gouvernement.fr géré par le service d'information du Gouvernement (<https://www.gouvernement.fr/publications-officielles/delegations-de-gestion>) et par le délégataire sur la plateforme data.gouv.fr.

Fait le 10 juin 2021.

Pour la Fabrique numérique des ministères sociaux :  
La directrice du numérique des ministères sociaux,  
Hélène BRISSET

Pour la Direction interministérielle du numérique :  
Le directeur,  
Nadi BOU HANNA

## ANNEXE

Tableau de répartition des responsabilités RGPD

	DNUM	
Respect de la vie privée (DPD, registre et conformité générale)	Obligation de transparence et de traçabilité et mise en œuvre des principes de <i>privacy by design</i> .	Mise en œuvre du cadre juridique en vigueur et notamment les textes, la désignation du DPD, la tenue du registre des traitements.  Obligation de transparence et de traçabilité et instructions pour la mise en œuvre des principes de <i>privacy by design</i> *.
Données traitées dans le cadre du téléservice	Mise en œuvre du traitement pour les seules finalités, destinataires, durées de conservation... fixés par le partenaire.	Détermination des finalités, destinataires, durées de conservation...  Fourniture des données nécessaires à la réalisation du traitement.
Sécurité du traitement et confidentialité (organisationnel)	Obligation de confidentialité des agents et sous-traitants.  Assurer que seuls les agents habilités ont accès aux données traitées.  Mise en œuvre des mesures de sécurité déterminées par le partenaire.	Analyse de risques et détermination de mesures à prendre pour les couvrir ou les atténuer.  Obligation de confidentialité des agents et sous-traitants.  Assurer que seuls les agents habilités ont accès aux données traitées.
Violation de données	Obligation d'alerte, d'assistance et de conseil, sans délai : • Notification de toute violation de données selon la procédure définie par le responsable de traitement ; • Mise en œuvre de toute mesure garantissant un niveau de sécurité adapté aux risques.	Définition de la procédure de notification en cas de violation de données.  Obligation de tenir le registre des incidents de sécurité.  Obligation d'information (de la CNIL et, le cas échéant, des personnes concernées) pour toute compromission détectée (agent, sous-traitant, réseau).
Sécurité des systèmes d'information	Mise en œuvre des mesures de sécurité nécessaires susceptibles de garantir la confidentialité du traitement et l'intégrité des données traitées, y compris auprès de ses sous-traitants (anonymisation, hébergement, gestion des habilitations...)	Analyse de risque et homologation RGS.  Partage des pratiques mises en œuvre habituellement dans la direction.  Participation à l'analyse de risque et homologation RGS.  [Garantie que les mêmes mesures de sécurité sont mises en œuvre en interne (accès aux données, export...) par la direction ou ses sous-traitants.]

Droits des personnes	<p>Accompagnement à la formalisation de l'exercice des droits.</p> <p>Mettre en œuvre le devoir d'information et les droits des personnes selon les modalités prévues par le responsable de traitement.</p>	<p>Devoir d'information des personnes concernées.</p> <p>Fixation du cadre applicable (nature des droits, exception au cadre général de la protection des données).</p> <p>Déterminer les modalités d'exercice des droits.</p>
Transfert (ou arrêt) de la start-up	Le cas échéant, transfert des données au partenaire et, de façon générale, suppression de l'ensemble des données transférées et destruction des copies.	Assurer en interne tout le volet sécurité du SI si transfert de la start-up au responsable de traitement.
Sous-traitance	<p>Information préalable des sous-traitants mobilisés par la DINUM dans le cadre du projet. Engagement de confidentialité.</p> <p>Veiller à ce que les sous-traitants soient sensibilisés à la protection des données.</p>	<p>Information préalable des sous-traitants mobilisés par le responsable de traitement dans le cadre du projet. Engagement de confidentialité.</p> <p>Veiller à ce que les sous-traitants soient sensibles à la protection des données.</p>
Travaux de conformité (mentions d'information, analyse d'impact, mentions légales et CGU)	Fournit l'ensemble des informations nécessaires à la réalisation de la documentation.	<p>Rédaction de l'ensemble de la documentation.</p> <p>Demande d'avis à la DINUM avant la publication de tout texte juridique relatif au traitement.</p>
Audits	<p>Se rendre disponible aux sollicitations des auditeurs.</p> <p>Proposer des mesures de contingences, indiquer la faisabilité et les prioriser.</p>	Supervision du traitement et réalisation des audits nécessaires (RGS, RGAA, ...).
Territorialité	Engagement à traiter les données à caractère personnel sur le territoire national ou européen.	
RH	Mobilisation des personnels susceptibles de participer à la bonne sécurisation du projet.	Mobilisation des personnels susceptibles de participer à la bonne sécurisation du projet.



Ministère des solidarités et de la santé  
Ministère de la transformation et de la fonction publiques

**Convention de délégation de gestion du 15 juillet 2021 pour le financement  
de l'accélération du projet « ARCHIFILTRE »**

NOR : SSAZ2130541X

**ENTRE**

La Fabrique numérique des ministères sociaux,  
39-43 quai André-Citroën, 75015 PARIS,  
représentée par Hélène BRISSET, directrice du numérique des ministères sociaux,  
ci-après dénommée « le délégataire » ou « la DNUM »,

**D'une part,**

**ET**

La Direction interministérielle du numérique,  
sise 20 avenue de Ségur, 75007 PARIS,  
représentée par Nadi BOU HANNA, directeur,  
ci-après dénommée « le délégant » ou « la DINUM »,

**D'autre part.**

Vu le décret n° 2004-1085 du 14 octobre 2004 modifié relatif à la délégation de gestion dans les services de l'Etat et le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 modifié relatif à la gestion budgétaire et comptable publique,

Vu le décret n° 2019-1088 du 25 octobre 2019 relatif au système d'information et de communication de l'Etat et à la Direction interministérielle du numérique et notamment son article 6,

Préambule

beta.gouv.fr est un programme principalement animé au sein de la DINUM qui aide les ministères et autres partenaires publics à construire des services numériques simples, faciles à utiliser, à l'impact maximal.

beta.gouv.fr constitue des équipes pluridisciplinaires constituées de personnes expertes du numérique et d'un ou plusieurs agents publics issus de l'administration partenaire, agissant en qualité d'« intrapreneur(s) ». Ces équipes suivent une démarche de conception de service numérique agile et centrée sur les besoins des utilisateurs parfois surnommée « approche startup d'Etat ». Au sein d'un incubateur, les équipes investiguent le problème identifié pour mieux comprendre les besoins des utilisateurs (« phase d'investigation »), puis construisent une première solution minimale pour expérimenter et vérifier son utilité réelle sur le terrain (« phase de construction »). En cas d'utilité avérée, le service s'améliore, s'étend à de nouveaux périmètres et se déploie (« phase d'accélération ») pour ensuite trouver une structure d'accueil propice à sa pérennisation (« phase de consolidation » ou « phase de transfert »).

La startup d'Etat ARCHIFILTRE vise à appréhender des ensembles volumineux de fichiers pour mieux les gérer, les trier et y retrouver de l'information. Cette équipe portée par la Fabrique des ministères sociaux est lauréate du FAST 8 et a obtenu un cofinancement de 177 000 €. Cette convention est établie en vue d'affecter ces fonds à la Fabrique des ministères sociaux afin de financer l'accélération du produit.

Il a été convenu ce qui suit :

#### Article 1<sup>er</sup> Objet de la délégation

La présente convention a pour objet de définir la répartition des rôles et les modalités de participation financière de la DINUM afin d'accélérer le service numérique ARCHIFILTRE en suivant l'approche documentée sur la page : <https://beta.gouv.fr/approche/>.

Conformément à l'article 2 du décret n° 2004-1085 du 14 octobre 2004 visé en référence, la présente convention précise les obligations respectives des parties et les modalités d'exécution financière de l'action.

Pour assurer ses missions, le délégant autorise la DNUM à consommer des crédits hors titre 2 rattachés à l'Unité opérationnelle (UO) 0352-CFSE-CFIN, dont le responsable est le délégant.

Cette autorisation couvre les opérations de dépenses liées à la phase d'accélération du service visé par la présente convention.

Elle précise également le montant alloué au projet et les imputations budgétaires et analytiques à renseigner dans CHORUS.

#### Article 2 Obligations de la DNUM

La DNUM s'engage à :

- respecter le manifeste du programme beta.gouv.fr pour l'émergence de services publics numériques, détaillé sur la page : <https://beta.gouv.fr/approche/manifeste> ;
- nommer une ou un agent public au rôle d'« intrapreneur » dans les conditions détaillées sur la page : <https://beta.gouv.fr/approche/intrapreneurs> ;
- désigner une ou un « sponsor » de haut niveau dans les conditions détaillées sur la page : <https://beta.gouv.fr/approche/sponsors>.

La DNUM utilise les supports contractuels à sa disposition pour accompagner, mettre en œuvre et garantir l'amélioration continue du service visé par la présente convention, au travers des prestations d'accompagnement, de coaching, de développement, de déploiement, d'expertise UX/UI, de webdesign, etc.

Dans l'utilisation de ces supports contractuels, la DNUM assure les actes de gestion permettant de consommer les AE et les CP, hors titre 2, de l'UO mentionné à l'article 1<sup>er</sup> dans le respect des règles budgétaires et comptables.

### Article 3 Obligations de la DINUM

La DINUM s'engage à intégrer l'équipe du service visé par la présente convention à la communauté beta.gouv.fr : accès aux outils partagés, aux ateliers de partage d'expérience, aux formations et aux différentes ressources transverses proposées (aide juridique, expertise en matière de sécurité, d'accessibilité, d'expérience utilisateur, de droit du numérique, etc).

### Article 4 Déroulement des travaux

Les travaux sont organisés sous le pilotage d'un comité d'investissement organisé tous les six mois pour évaluer les résultats obtenus par chaque équipe incubée et pour déterminer la suite à donner. Ce comité d'investissement est présidé par le représentant de la DNUM. La DINUM participe à ce comité d'investissement.

Les codes sources documentés seront publiés en *open source* conformément aux orientations de la circulaire du Premier ministre n° 5608/SG du 19 septembre 2012 relative aux orientations pour l'usage des logiciels libres dans l'Administration. La DNUM fournira à la DINUM les bases de données, la documentation, les dossiers CNIL éventuels, les dossiers d'homologation RGS et tous les éléments permettant de poursuivre les partenariats engagés sur les développements existants ou à venir.

Une vigilance particulière devra être accordée par l'ensemble des parties prenantes au respect des règles de protection des données à caractère personnel. La DNUM est responsable du traitement qui sera effectué dans le cadre de la présente convention.

Les partenaires s'engagent à respecter les bonnes pratiques recommandées par la DINUM en matière de conception de services numériques, et notamment :

- mesurer et diffuser l'impact des services développés par l'intermédiaire d'une page internet présentant les statistiques du service ;
- organiser régulièrement des ateliers d'analyses de risques en suivant la démarche recommandée par la DINUM et l'ANSSI<sup>1</sup> ;
- pour les services nécessitant d'authentifier des usagers, prévoir l'intégration de France Connect<sup>2</sup> ;
- suivre les recommandations de l'Observatoire de la qualité des démarches en ligne telles que décrites sur : <https://observatoire.numerique.gouv.fr/> ; pour les démarches en ligne, prévoir l'intégration du bouton « Je Donne Mon Avis »<sup>3</sup>.

### Article 5 Exécution financière de la délégation

La DNUM s'engage à fournir, en temps utile et notamment en fin de gestion, tous les éléments de prévision et de suivi budgétaire demandés par le délégataire.

Dès la signature de la présente convention, la DINUM :

---

<sup>1</sup> <https://www.ssi.gouv.fr/uploads/2018/11/guide-securite-numerique-agile-anssi-pa-v1.pdf>

<sup>2</sup> <https://franceconnect.gouv.fr/partenaires/>

<sup>3</sup> <https://observatoire.numerique.gouv.fr/Aide/Int%C3%A9gration%20du%20bouton%20MonAvis>

- procède aux demandes de paramétrage d'habilitations de CHORUS auprès de l'agence pour l'informatique financière de l'Etat ;
- met à disposition les montants maximum suivants progressivement en autorisation d'engagement et crédits de paiements sur l'UO 0352-CFSE-CFIN selon l'échéancier prévisionnel et indicatif suivant et sur demande du délégataire :

	AE	CP
2021	177 000 €	177 000 €

Le délégataire est chargé, en sa qualité de pouvoir adjudicateur, de la passation, de la signature et de l'exécution des actes juridiques (marchés publics, accords-cadres, conventions, etc.) nécessaires au développement des services numériques visés par la présente convention.

Pour assurer ses missions, le délégataire se voit confier par le délégant la gestion de crédits rattachés à l'unité opérationnelle 0352-CFSE-CFIN.

Le délégant fournit en temps utile tous les éléments d'information dont le délégataire a besoin pour l'exercice de sa délégation, notamment les références d'imputation de la dépense et tout élément relatif à la certification du service fait.

Références Chorus	
Domaine fonctionnel	0352-01
Centre financier	0352-CFSE-CFIN
Activité(s)	035200010101 Domaine appli métier
Centre de coût	SGSIFAB075

Le délégataire est chargé de retranscrire les opérations de dépenses dans le système d'informations financier de l'Etat CHORUS, en lien avec le centre de services partagés financiers des services du Premier ministre.

Le comptable assignataire de la dépense est le contrôleur budgétaire et comptable du Ministère des solidarités et de la santé. Une copie de la convention est transmise au CBCM des services du Premier ministre et au CBCM du délégant.

Le délégataire s'engage à rendre compte au délégant au terme de la convention des dépenses réalisées et de l'avancement des travaux et à présenter à cette occasion les prévisions de commande et de consommation du budget.

La somme des crédits engagés par le délégataire ne pourra dépasser la limite du montant alloué par le délégant. En cas d'insuffisance des crédits, le délégataire informe le délégant sans délai. A défaut d'ajustement de la dotation, le délégataire suspend l'exécution de la délégation. Dans l'hypothèse où les crédits mis à disposition par le délégant ne seraient pas entièrement consommés par le délégataire, celui-ci s'engage à en informer le délégant dans les meilleurs délais.

Article 6  
Modification du document

Toute modification des conditions ou modalités d'exécution de la présente convention, définie d'un commun accord entre les parties, fait l'objet d'un avenant de droit dont un exemplaire est transmis aux contrôleurs budgétaire et comptable du Ministère des solidarités et de la santé et ministériel du Premier ministre de la DINUM et de la DNUM.

Article 7  
Durée et résiliation de la convention

La présente convention prend effet à sa date de signature. Elle est conclue pour une durée de 6 mois.

La période d'effet de la convention couvre l'engagement des dépenses, la réalisation des prestations et le paiement des dépenses effectuées dans le cadre de la délégation de gestion sur l'UO.

De plus, la durée d'exécution du ou des bon(s) de commande sur marchés, passé(s) dans le cadre de cette convention, devra être conforme aux règles édictées dans le marché utilisé.

Conformément à l'article 5 du décret n° 2004-1085 du 14 octobre 2004 visé en référence, il peut être mis fin à tout moment à la délégation de gestion par l'une des parties, sous réserve du respect d'un préavis de trois mois.

La résiliation de la convention entraîne de plein droit la résiliation des services associés.

Article 8  
Publication de la délégation

La présente convention sera publiée selon les modalités propres de chaque département ministériel concerné, conformément à l'article 2 du décret n° 2004-1085 du 14 octobre 2004. Elle sera notamment publiée sur le site gouvernement.fr géré par le service d'information du Gouvernement ([www.gouvernement.fr/publications-officielles/delegations-de-gestion](http://www.gouvernement.fr/publications-officielles/delegations-de-gestion)) et par le délégataire sur la plateforme data.gouv.fr.

Fait le 15 juillet 2021.

Pour la Fabrique numérique des ministères sociaux :  
La directrice du numérique des ministères sociaux,  
Hélène BRISSET

Pour la Direction interministérielle du numérique :  
Le directeur,  
Nadi BOU HANNA

Ministère des solidarités et de la santé  
Ministère de la transformation et de la fonction publiques

**Convention 12-363-DNUM-CSOC-0012 du 21 juillet 2021 pour le financement  
du projet « Mettre le compte ameli (web et smartphone) aux normes  
d'accessibilité numérique (référentiel RGAA)**

NOR : SSAZ2130537X

**ENTRE**

La Direction interministérielle du numérique,  
sise 20 avenue de Ségur, 75007 PARIS,  
représentée par Marine BOUDEAU, cheffe du Pôle Design des services numériques,  
ci-après désignée « DINUM »,

**D'une part,**

**ET**

La Caisse nationale de l'assurance maladie,  
sise 50 avenue du Professeur André LEMIERRE, 75020 PARIS,  
représentée par Thomas FATÔME, directeur,  
ci-après désignée « bénéficiaire »,

et

La Direction du numérique du Ministère des solidarités et de la santé,  
sise 39 quai André-Citroën, 75015 PARIS,  
représentée par Hélène BRISSET, directrice,  
ci-après désignée « DNUM ministérielle »,

**D'autre part.**

Vu l'instruction DGFIP du 9 mars 2021 relative à l'application de la circulaire CCPB2100712C de gestion budgétaire du plan de relance du 11 janvier 2021,

Vu la circulaire n° 6300/SG du Premier ministre du 30 août 2021 relative à la mise en œuvre et au suivi des mesures du plan national de relance et de résilience,

Mettre le compte ameli (web et smartphone) aux normes d'accessibilité numérique (référentiel RGAA)

Cette convention de financement de projet définit les modalités d'exécution du projet qui conditionnent le versement des crédits.

### 1. Identification du projet

Nom du projet: Mettre le compte ameli (web et smartphone) aux normes d'accessibilité numérique (référentiel RGAA).

Thématique concernée : Dématérialisation de qualité (ITN1).

Impacts attendus :

- Mise en accessibilité des 7 démarches : décembre 2022 ;
- Engagement sur le passage au vert sur JMDA + DLNUF de la demande de complémentaire Santé Solidaire (CSS) : décembre 2021/ janvier 2022 (attente parution décret).

### 2. Intégration des logos France Relance et NEXT GEN EU

Si le projet implique un site accessible sur Internet ou toute communication auprès du public et autres professionnels en lien avec le projet, alors le bénéficiaire s'engage à intégrer sur ce site en début de parcours et dans ses communications en lien avec le projet, d'une part une mention du cofinancement apporté par France Relance (via notamment l'inclusion du logo France Relance) et d'autre part une mention du cofinancement apporté par l'Union Européenne dans le cadre du plan NEXT GEN EU (également via l'inclusion du logo NEXT GEN EU).



### 3. Niveau et calendrier de co-financement du projet par le plan de relance

Le niveau de cofinancement par année du projet est le suivant :

	2021	2022
AE		305 000 €
CP		305 000 €

### 4. Modalités du co-financement par le plan de relance du projet

Les crédits sont mis à disposition sur le centre financier 0363-DNUM-CSOC.

REFERENCES CHORUS (pour les services bénéficiaires de l'Etat)	
Domaine fonctionnel	0363-04
Centre financier	0363-DNUM-CSOC
Activité(s)	036304030001 Fonds ITN
Projet analytique ministériel	12-363-DNUM-CSOC-0012

### 5. Reporting budgétaire

Chaque dépense (ou versement de subvention) effectuée depuis l'UO déléguée en gestion se fera en utilisant le code PAM « 12-363-DNUM-CSOC-0012 » de CHORUS et l'activité correspondante 036304030001 du Fonds « Innovation et transformation numériques » ITN.

Le bénéficiaire et la DNUM ministérielle sont tenus de respecter ce marquage au titre de la convention de délégation de gestion sur le centre financier 0363-DNUM-CSOC; ils seront ainsi dispensés de reporting budgétaire systématique dans la mesure où la DINUM pourra extraire les informations nécessaires dans CHORUS.

Le bénéficiaire mettra en place à cet effet une comptabilité analytique du projet et rendra compte à la DINUM et à la DNUM du Ministère des solidarités et de la Santé des dépenses engagées.

Le bénéficiaire répondra aux sollicitations de la DINUM et de la DNUM ministérielle (prise d'information, dialogue de gestion).

### 6. Reporting projet

Le bénéficiaire :

- Fournira, à la DINUM et à la DNUM ministérielle, chaque trimestre, un point de situation sur l'état du projet en faisant le lien avec la consommation budgétaire, notamment en prévision des publications de l'Observatoire (septembre-octobre 2021, décembre-janvier 2022, mars-avril 2022, etc) et devra impérativement lui en faire part si des glissements de calendriers devaient arriver ;

- Fournira à la DINUM la liste des entreprises, avec leur numéro de département, dont le siège social est établi en France et qui bénéficieront de commandes dans le cadre du financement accordé :

- A la signature de la présente convention,
- A chaque nouvelle entreprise répondant au critère,
- En fin de projet.

- Facilitera le suivi projet avec la DINUM en nommant un ou plusieurs référents identifiés et répondra à toutes ses sollicitations sur l'avancement de son projet.

### 7. Modifications de la convention

La présente convention peut être modifiée par voie d'avenant signé par les parties en cas de modification de ses modalités d'exécution.

En particulier, toute difficulté majeure dans la réalisation du projet sera portée à la connaissance de la DINUM qui pourra suspendre ou interrompre les financements initialement définis.

### 8. Recouvrement des indus

La DINUM se réserve le droit de recouvrer intégralement ou partiellement le financement prévu à l'article 3, à due concurrence de la mise en œuvre effective du projet en cas :



- de non-exécution du projet conventionné ;
- d'exécution non conforme aux modalités de réalisation conventionnées ;
- de non transmission des éléments de reporting budgétaire et projet prévus aux articles 5 et 6 de la présente convention.

La DINUM ne saurait être tenue responsable d'éventuelles irrégularités générées par le bénéficiaire, ou la DNUM ministérielle le cas échéant, et constatées lors de contrôles européens ou nationaux. La DINUM procède au recouvrement des sommes indues en cas de correction financière demandée à la suite d'un contrôle.

#### *9. Respect des exigences de la piste d'audit*

Le respect des exigences issues de la piste d'audit européenne présentées en annexe, s'applique à la présente convention. Le bénéficiaire et, le cas échéant, la DNUM ministérielle sont réputés avoir pris connaissance de ces exigences.

Fait le 21 juillet 2021.

Pour la Direction interministérielle du numérique :  
La cheffe du Pôle Design des services numériques,  
Marine BOUDEAU

Pour la Caisse nationale de l'assurance maladie :  
Le directeur,  
Thomas FATÔME

Pour la Direction du numérique  
du Ministère des solidarités et de la santé :  
La directrice,  
Hélène BRISSET

## ANNEXE

### EXIGENCES ISSUES DE LA PISTE D'AUDIT EUROPENNE

Les entités chargées de la gestion du plan de relance doivent veiller au respect des exigences suivantes issues de la piste d'audit européenne :

- prévenir et corriger les risques de fraude, de corruption et de conflits d'intérêt et procéder à une notification en cas de soupçon ;
- garantir l'efficacité des vérifications opérées aux fins de prévention de double financement au titre de la facilité pour la relance et la résilience et d'autres programmes de l'Union, conformément au principe de bonne gestion financière ;
- garantir le respect de la réglementation relative aux aides d'Etat ;
- vérifier la fiabilité et la validité des éléments relatifs au respect des jalons et cibles (examens documentaires, contrôles sur place, etc.) ;
- recouvrer les sommes indues ou procéder aux corrections financières ;
- assurer la collecte et le stockage des données permettant l'audit et le contrôle, notamment les données relatives aux bénéficiaires finaux contractants et sous-contractants, les bénéficiaires effectifs du destinataire des fonds ou du contractant, ainsi que la liste de toutes les mesures de mise en œuvre des réformes et des projets d'investissement au titre du plan de relance et la résilience, avec le montant total du financement public de ces mesures et en indiquant le montant des fonds versés au titre de la facilité et d'autres fonds de l'Union. Ces procédures devront comprendre l'accès aux données par la Commission européenne, l'OLAF, la Cour des comptes européenne et le Parquet européen ;
- assurer la visibilité du financement de l'Union.

Le bénéficiaire met tout en œuvre pour éviter les irrégularités ciblées par la piste d'audit, dans l'exécution des projets.

Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion  
Ministère des solidarités et de la santé

**Arrêté du 23 août 2021 portant modification de l'arrêté du 15 février 2021 portant désignation des représentants du personnel au sein du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail unique d'administration centrale institué dans les départements ministériels relevant des ministres chargés des solidarités et de la santé, du travail, de l'emploi et de l'insertion**

NOR : MTRR2130522A

La ministre du travail, de l'emploi et de l'insertion, le ministre des solidarités et de la santé,

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

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

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

Vu l'arrêté du 21 février 2019 portant composition du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail unique d'administration centrale institué dans les départements ministériels relevant des ministres chargés des affaires sociales et de la santé, du travail et de l'emploi, de la jeunesse et des sports ;

Vu l'arrêté du 21 février 2019 fixant la liste des organisations syndicales habilitées à désigner des représentants au sein du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail unique d'administration centrale institué dans les départements ministériels relevant des ministres chargés des affaires sociales et de la santé, du travail et de l'emploi, de la jeunesse et des sports ;

Vu l'arrêté du 15 février 2021 portant désignation des représentants du personnel au sein du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail unique d'administration centrale institué dans les départements ministériels relevant des ministres chargés des solidarités et de la santé, du travail et de l'emploi et de l'insertion ;

Sur proposition des organisations syndicales,

Arrêtent :

Article 1<sup>er</sup>

A l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté susvisé, Madame Annie BATREL, en décharge totale d'activité de service, remplace en tant que membre titulaire du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail unique d'administration centrale, Madame Caroline BARDOT pour la CGT.

## Article 2

A l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté susvisé, Madame Julie NARDIN, affectée à la direction générale du travail, remplace en tant que membre suppléante du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail unique d'administration centrale, Madame Annie BATREL pour la CGT.

## Article 3

Le directeur des ressources humaines est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié aux Bulletins officiels des ministères des solidarités et de la santé, du travail, de l'emploi et de l'insertion.

Fait le 23 août 2021.

Pour les ministres et par délégation :  
La cheffe de département dialogue social,  
expertise juridique et statutaire,  
Armelle CHAPPUIS

Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports  
Ministère des solidarités et de la santé

**Convention du 25 août 2021 pour le financement de l'application SIVA  
dans le cadre de la délégation des applications informatiques  
« Jeunesse et Sport » à la Direction du numérique**

NOR : SSAZ2130547X

**ENTRE :**

La Direction de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative,  
sise 95 avenue de France, 75013 PARIS,  
représentée par Emmanuelle PERES, directrice et déléguée interministérielle à la jeunesse,  
ci-après désignée « le déléguant »,

**D'une part,**

**ET**

La Direction du numérique du Ministère des solidarités et de la santé,  
sise 39 quai André-Citroën, 75015 PARIS,  
représentée par Hélène BRISSET, directrice,  
ci-après désignée « le délégataire »,

**D'autre part.**

Vu la convention de délégation du 1<sup>er</sup> janvier 2021 de gestion entre la DJEPVA, la DS, la DNE  
et la DNUM,

Vu l'avenant n° 1 du 23 juillet 2021 à la convention de délégation de gestion du 1<sup>er</sup> janvier 2021  
entre la DJEPVA, la DS, la DNE et la DNUM,

Il est convenu ce qui suit :

**Article 1<sup>er</sup>**  
**Objet**

Les présentes dispositions sont conclues en application de l'article 5 de la convention concernant la conception, le développement et la maintenance des applications informatiques des domaines « Jeunesse et Sport » et a pour objet de définir le projet confié par le déléguant (DJEPVA) au délégataire (DNUM), les modalités de mises en œuvre de la délégation de gestion par la DJEPVA et la DNUM visant à permettre l'exécution par la DNUM de dépenses réalisées par le programme 163, ainsi que les imputations budgétaires.

Article 2  
Projet confié au délégataire

Pour l'exercice 2021, le projet confié au délégataire est le suivant :

**EXERCICE 2021 - Projet SI DJEPVA confié à la DNUM - Programme 163**

N°	Intitulé projet	AE 2021	CP 2021
1	SIVA	350 000 €	350 000 €
2			
	<b>Total</b>	<b>350 000 €</b>	<b>350 000 €</b>

*dont crédits covid-19*

Cette rédaction pourra être modifiée en cours d'année 2021 au vu de l'évolution des orientations stratégiques.

Article 3  
Ressources financières  
Modalités spécifiques applicables pour l'année 2021

Pour l'année 2021, les travaux SI identifiés dans le cadre du plan de travail de l'année sont réalisés sur la base des enveloppes financières définies ci-dessus portées sur le programme 124. Le plan de travail et les ressources associées ont été présentés et validés dans le cadre du COSTRAT du 11 février 2021.

Article 4  
Incidence financière

Le montant total de la délégation de gestion accordée au délégataire est porté pour l'exercice 2021 à 350 000 € en AE et 350 000 € en CP.

Article 5  
Durée de la convention

Les présentes dispositions prennent effet à compter de la date de signature du présent document et s'exécutent jusqu'au 31 décembre 2021.

Elles peuvent être renouvelées par reconduction tacite pour une période d'un an à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022.

Article 6  
Prestations confiées au délégataire

Pour réaliser les prestations de développements informatiques du projet SIVA, il revient au délégataire d'utiliser les supports juridiques adéquats (marchés, conventions, etc...) qui, le cas échéant, les passe, les exécute et en est le pouvoir adjudicateur. Le périmètre se circonscrit aux supports juridiques liés au rôle de maître d'œuvre du délégataire (conception, intégration et développement, tests de performances, tierce recette applicative, expertise technique, exploitation, déploiement).

## Article 7

### Pilotage de la convention et du projet

Le suivi de la présente convention est assuré dans le cadre de la comitologie existante entre la DJEPVA et la DNUM pour le suivi du projet SIVA, par le comité opérationnel (COMOP).

## Article 8

### Obligation du délégataire

#### *Article 8.1*

#### *En matière d'exécution de la dépense*

Le délégataire assure l'exécution des actes d'engagement et d'ordonnancement se rapportant aux actions visées à l'article 2.

Il veille, en lien avec le centre de services partagés (CSP), à la retranscription des opérations de dépenses dans le système d'information financier de l'Etat, l'outil « CHORUS ».

#### *Article 8.2*

#### *En matière de suivi budgétaire*

Le délégataire est tenu au respect de ses obligations à concurrence des crédits alloués par le délégant.

La somme totale des crédits engagés par le délégataire ne pourra pas dépasser la limite du montant alloué par le délégant. En cas d'insuffisance de crédits ouverts, le délégataire informe le délégant sans délai. À défaut de pouvoir ajuster la dotation, le délégataire et le délégant conviennent de la suspension temporaire de l'exécution de la délégation ou de sa résiliation dans les conditions énoncées à l'article 8 de la convention.

Dans l'hypothèse où les crédits mis à disposition par le délégant ne pourraient pas être entièrement consommés par le délégataire, celui-ci s'engage à en informer le délégant dans les meilleurs délais et en tout état de cause avant le 1<sup>er</sup> décembre de l'année.

Le délégataire produit trimestriellement les éléments quantitatifs et qualitatifs permettant de suivre l'exécution de la convention et des projets SI qui en découlent.

Par ailleurs, le délégataire transmet au fil de l'eau au délégant les services faits permettant le suivi budgétaire par le délégant.

## Article 9

### Obligation du délégant

Le délégant s'engage à mettre à disposition du délégataire les crédits nécessaires à la bonne exécution de la présente convention, et ce avant chaque commande.

Le délégataire met tout en œuvre pour que les paiements puissent intervenir sur l'exercice budgétaire de mise à disposition des crédits. Néanmoins, les crédits engagés et non payés sur l'exercice font l'objet de restes à payer à imputer sur le volume des crédits de CP délégués sur l'exercice suivant.

Le délégant procède aux demandes de paramétrages de système d'information financière CHORUS de l'Etat afin que le délégataire exerce de façon autonome ses activités d'ordonnateur principal délégué. Le délégant adresse une copie du présent document aux contrôleur budgétaire et comptable ministériel (CBCM) des ministères sociaux et du Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports.

#### Article 10 Imputations budgétaires

Les dépenses sont imputées sur l'Unité opérationnelle Compte Engagement Citoyen (CEC) du programme 163 « Jeunesse et vie associative ».

Les imputations budgétaires sont les suivantes :

DONNEES D'IMPUTATION Budget général	CODIFICATION CHORUS
Centres de coûts	SGSICSJ075
Centre financier (UO)	0163-CDJE -SIVA
Domaine fonctionnel	0163-01
Activité	016350010302
Localisation interministérielle	N1175

#### Article 11 Dispositions finales

Le présent document est établi en deux exemplaires originaux.  
Une copie est adressée au contrôleur budgétaire et comptable ministériel.

Fait le 25 août 2021.

Pour la Direction de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative :  
La directrice et déléguée interministérielle à la jeunesse,  
Emmanuelle PERES

Pour la Direction du numérique  
du Ministère des solidarités et de la santé :  
La directrice,  
Hélène BRISSET



Ministère des solidarités et de la santé  
Ministère de la transformation et de la fonction publiques

**Convention de délégation de gestion du 18 octobre 2021 relative au financement du  
Système Intégré du Contrôle de Légalité de l'Etat (SICLE)**

NOR : SSAZ2130542X

**ENTRE**

La Direction du numérique du Ministère des solidarités et de la santé,  
sise 39 quai André-Citroën, 75015 PARIS,  
représentée par Hélène BRISSET, directrice,  
ci-après désignée « DNUM »,

**D'une part,**

**ET**

La Direction interministérielle de la transformation publique,  
sise 20 avenue de Ségur, 75007 PARIS,  
représentée par Thierry LAMBERT, délégué interministériel à la transformation publique,  
ci-après dénommée « DITP »,

**D'autre part.**

Il a été convenu ce qui suit :

Ce contrat est conclu entre la Direction du numérique du Ministère des solidarités et de la santé (DNUM) et la Direction interministérielle de la transformation publique (DITP).

Ce contrat précise :

- Le calendrier du projet (allotissement, jalons clés du projet et les livrables associés) ;
- Le financement du projet (copie du tableau de l'annexe financière) ;
- Les indicateurs de résultat, incluant des valeurs cibles intermédiaires.

Ce contrat engage le porteur de projet sur des résultats mesurables et précise les modalités de collaboration entre l'administration bénéficiaire et la DITP (mise à disposition des crédits, suivi du déploiement du projet...).

1. Résumé du projet

1.1. Intitulé court du projet

SICLE : Système Intégré du Contrôle de Légalité de l'Etat.

SICLE permettra l'exercice par l'Etat du contrôle de légalité des décisions prises par les conseils d'administration et conseils du régime général, du régime agricole, des régimes spéciaux de retraite et de la nouvelle 5<sup>ème</sup> branche de la sécurité sociale pour le soutien à l'autonomie.

### 1.2. Résumé du projet et de ses objectifs (en 10 lignes)

Le futur système d'information permettra l'exercice par l'Etat du contrôle de légalité des décisions prises par les conseils d'administration et conseils du régime général, du régime agricole, des régimes spéciaux de retraite et de la nouvelle 5<sup>ème</sup> branche de la sécurité sociale pour le soutien à l'autonomie.

Il sera totalement paramétrable de manière à permettre la prise en compte et l'implémentation en temps réel de nouvelles dispositions règlementaires. Grâce à la mise en place d'un système de workflow, le nouvel SI permettra de gérer efficacement l'ensemble de la chaîne de traitement, depuis la gestion de la télétransmission par l'organisme de sécurité sociale (OSS) jusqu'au processus de validation par la Direction de la sécurité sociale (DSS), le Ministère de l'agriculture et de l'alimentation ou par la Mission nationale de contrôle et d'audit (MNC). Il intégrera des fonctionnalités de pilotage mais également des outils numériques d'aide à la décision (intelligence artificielle). Une attention particulière sera apportée à l'expérience utilisateurs de l'outil dans l'ensemble de ses composantes et fonctionnalités.

### 1.3. Montant total TTC du projet (en €)

700 000 €.

### 1.4. Montant cofinancé par le FITN 8 (en €)

525 000 €.

### 1.5. Date prévisionnelle de fin de votre projet (mois/année)

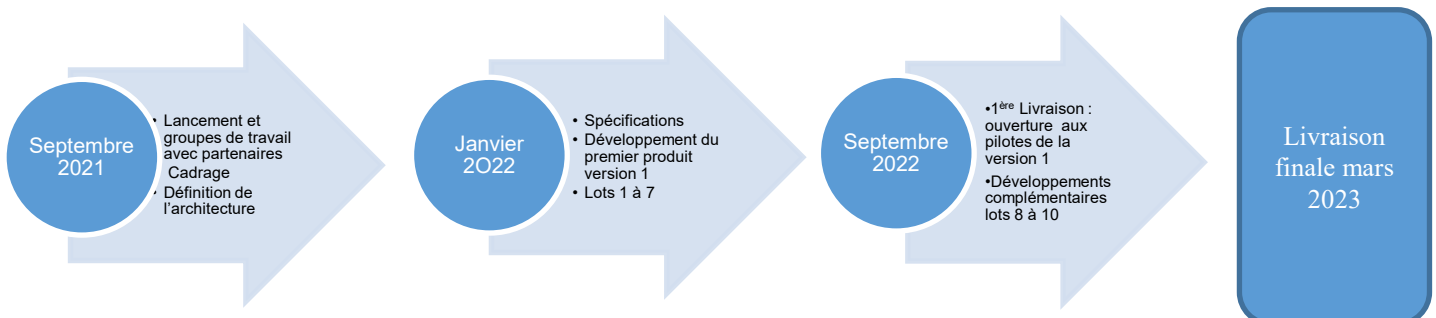
Mars 2023.

## 2. Calendrier, jalons clés et livrables associés

Le calendrier prévisionnel prévoit la mise en service d'une première version (version 1) en septembre 2022 et d'une version complète sur le périmètre initial (version 2) en mars 2023.

La version 1 comprendra les fonctionnalités des lots 1 à 7. Son développement démarrera en janvier 2022 et sera mis en service en septembre 2022.

La version 2 intégrera les fonctionnalités des lots 8 à 10, pour une mise en service en mars 2023.



<b>Lot</b>	<b>Description</b>	<b>Profil / processus</b>
1	Gestion des acteurs, organismes et containers	Administrateur / création-modification-suppression
2	Création des containers	Contributeur / choix du container et ajout des documents
3	Implémentation des aides à la création	IA / vérification des éléments constitutifs du container
4	Transmission à l'Etat	Valideur / validation des containers
5	Prise en charge analyse	Instructeur - IA / analyse juridique
6	Validation des containers	Superviseur - expert / clôtures des containers
7	Workflow complexe	Tous profils / échanges des containers (DIC, suspension...)
8	Cas des containers complexes « CRA, transactions »	Tous profils / SI OSS
9	Gestion des thématiques et ciblage	Administrateur - superviseur - expert
10	Reporting et statistiques	Tous profils

### 3. Financement du projet

#### 3.1 Lancement, étude de cadrage

Financement : FITN 100 % (349/363).

Après le lancement du projet, l'étude de cadrage a pour objectifs la prise de connaissance du projet par le prestataire à qui sera confiée la réalisation de SICLE, la définition du plan-projet, l'identification des acteurs et des SI partenaires, ainsi que les groupes de travail qui interviendront tout au long du projet.

Les premières orientations de l'architecture technique de SICLE sont déterminées lors de cette phase.

L'étude de cadrage est confiée à l'un des prestataires du marché massifié de développement de la DNUM.

#### 3.2 Conception générale et conception détaillée version 1

Financement MNC/DNUM 24 % (P124) et financement FITN 76 % (349/363).

- Spécifications générales / architecture : les spécifications générales fonctionnelles et techniques concernent les lots 1 et 2 du projet. Le dossier d'architecture fonctionnelle et technique prend en compte les SI partenaires ; les solutions techniques nécessaires aux fonctionnalités spécifiques (ex : aide à la décision) sont déterminées.

Spécifications détaillées lot 1 : la réalisation est prévue en cycles itératifs ; les spécifications détaillées seront complétées au fur et à mesure des cycles de développement. La stratégie de tests et les plans de test seront élaborées.

Prestataire : identique à celui de l'étude de cadrage.

- Homologation RGS et étude RIPD : la prestation concerne l'étude de risque RGS et l'étude d'impact RIPD, ainsi que l'assistance à l'homologation RGS.

Prestataire : prestataire du lot 1 de l'accord-cadre interministériel SSI.

### 3.3 Construction et qualification version 1

Financement MNC/DNUM 19 % (P124) et financement FITN 81 % (349/363).

- Développement lot 1 : cette phase concerne le développement de SICLE et des interfaces d'échanges avec les SI partenaires concernés par le lot 1, ainsi que les corrections demandées lors des recettes fonctionnelle et technique. Seront menées également les opérations d'intégration dans l'environnement technique.

Prestataire : identique à celui de l'étude de cadrage.

### 3.4 Version 2

Financement MNC/DNUM 31 % (P124) et financement FITN 69 % (349/363).

- Spécifications détaillées lot 2 : la phase de spécifications détaillées du lot 2 démarre avant le déploiement du lot 1. Comme pour le lot 1, les spécifications détaillées seront complétées au fur et à mesure des cycles de développement. L'architecture technique de la solution peut être adaptée pour tenir compte des besoins du lot 2, et notamment des SI partenaires apparaissant dans ce lot.

Développement lot 2 : cette phase concerne le développement du SI SICLE et des interfaces d'échanges avec les SI partenaires concernés par le lot 2, ainsi que les corrections demandées lors des recettes fonctionnelle et technique.

Prestataire : identique à celui de l'étude de cadrage.

- Audit d'intrusion : cette phase concerne l'audit de configuration et l'audit d'intrusion nécessaires à l'homologation RGS.

Prestataire : prestataire du lot 2 de l'accord-cadre interministériel SSI.

Licences : aucun poste de financement de licences n'est prévu. Comme pour l'essentiel des solutions de développement spécifiques mis en œuvre par la DNUM, le choix de logiciel sous licences libres sera privilégié (ex : PostgreSQL pour le système de base de données). Pour certaines fonctions, des logiciels présents dans les offres de services transverses de la DNUM pourront être utilisés, sans coût affecté au projet (ex : DigDash pour le pilotage).

Hébergement et prestations d'infogérance : l'hébergement de SICLE est prévu sur les centres de traitement informatique de la DNUM. L'exploitation et l'infogérance sont assurées dans le cadre du marché d'infogérance de la DNUM. Le coût de ces prestations est mutualisé et son financement n'est pas demandé dans l'AAP.

Recettes : la recette sera assurée par les utilisateurs (MNC + DSS + caisses), impliqués tout au long du projet. Elle sera facilitée par le développement itératif. La cheffe de projet numérique de la DNUM et le responsable Assurance-Qualité de la DNUM viennent en appui. Il n'est pas demandé de financement de la recette dans le cadre de l'AAP.

Formations : les formations initiales seront assurées par les agents de la MNC, en administration centrale et en région. Un format numérique de type webinar sera envisagé pour la mise à disposition permanente des modules de formation aux agents des caisses. Le sponsor engagera la participation des organismes de sécurité sociale aux formations. Il n'est pas demandé de financement de la formation dans le cadre de l'AAP.

**Le tableau de financement intègre, en 2022, une ligne de dépense DNUM (P124) supplémentaire de 50 000 €, qui n'était pas présente dans le dossier déposé initialement** : elle correspond à la prestation de réversibilité potentielle liée au changement de marché de développement en cours de quatrième trimestre 2022. Cette dépense n'est pas répercutée dans la demande de financement ITN.

**Il est également prévu un budget complémentaire DNUM (P124) en 2023** (de l'ordre de 100 000 € à ce stade), afin de prendre en charge un volant d'évolutions constituant une version 3 dont le besoin serait exprimé après la mise en service, ou en cours de conception, mais sortant du périmètre initial.

#### 4. Indicateurs d'avancement et de résultats

##### **Indicateurs d'avancement et de résultats prévus pour le suivi du déploiement du projet**

*Les indicateurs choisis doivent permettre de montrer l'impact concret de votre projet en termes d'amélioration de la qualité de service aux usagers ou des conditions de travail des agents. Ils doivent pouvoir être mesurés facilement, au minimum une fois par an. Ils seront utilisés pour le suivi du projet.*

Les **indicateurs d'avancement** permettent de sécuriser la mise en œuvre du projet. Ils sont définis comme suit :

- Montant des crédits consommés en AE et CP et respect des enveloppes allouées à chacune des tranches, par nature de dépense, par rapport aux besoins de financement présentés dans l'annexe financière annexée au présent document ;
- Respect du calendrier prévisionnel de déploiement des jalons du projet.

Les **indicateurs de résultat** permettent de suivre l'amélioration de la qualité de service aux usagers ou conditions de travail des agents :

Indicateur	Valeur actuelle	Cible fin 2021	Cible fin 2022
<b>Résultat :</b> Nombre de présentations des développements auprès des participants aux groupes de conception		0	12
<b>Résultat :</b> Taux d'entités (de tutelle ou OSS) bénéficiant de SICLE pour exercer leur mission de contrôle		0	40 %
<b>Résultat :</b> Taux d'interface avec les SI extérieurs (calculé par le taux de dossiers directement récupérés des SI externes (sur la totalité des dossiers soumis au contrôle)		0	30 %
<b>Résultat :</b> Nombre de référents formés		0	300

<b>Résultat :</b> Nombre d'utilisateurs sur la phase pilote		<b>0</b>	<b>200</b>
<b>Résultat :</b> Nombre de dossiers (containers) déclarés		<b>0</b>	<b>1000</b>
<b>Avancement :</b> Cadrage		<b>Cadrage terminé</b>	
<b>Avancement :</b> Conception générale et conception détaillée Version 1		<b>Mise en place des instances du projet Plan-projet validé Dossier de conception générale V0 Dossier d'architecture V0</b>	<b>Conception détaillée version 1 Dossier d'architecture validé</b>
<b>Avancement :</b> Construction et qualification version 1		<b>Mise en place de la plateforme de développement /outils projets opérationnels</b>	<b>Solution version 1 recettée, mise en production pour les services et partenaires pilotes</b>
<b>Avancement :</b> Conception détaillée version 2			<b>Conception détaillée version 2</b>
<b>Avancement :</b> Construction et qualification version 2			<b>Développement à 80 %</b>
<b>Consommation du budget FITN</b>	<b>0</b>	<b>57 %</b>	<b>100 % du budget lié à la demande ITN</b>

## 5. Contacts

### 5.1. Responsable du projet (nom, prénom, qualité, adresse, mél, téléphone)

*Pour la MNC :*

DAROS-PLESSIS Stéphanie

Cheffe de la Mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale

14 avenue Duquesne – 75350 PARIS 07 SP

[stephanie.daros-plessis@sante.gouv.fr](mailto:stephanie.daros-plessis@sante.gouv.fr)

Tél. : 01 40 56 84 39

*Pour la DNUM :*

MITURA Isabelle

Cheffe du bureau SMS (DNUM/SDPSN)

39-43 quai André Citroën – 75015 PARIS

[isabelle.mitura@sg.social.gouv.fr](mailto:isabelle.mitura@sg.social.gouv.fr)

Tél. : 01 40 56 46 16

## 5.2. Porteur opérationnel du projet (nom, prénom, qualité, adresse, mël, téléphone)

*Pour la MNC :*

HOREAU Thierry

Responsable applicatif MOA de la Mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale

14 avenue Duquesne – 75350 PARIS 07 SP

[thierry.horeau@sante.gouv.fr](mailto:thierry.horeau@sante.gouv.fr)

Tél. : 01 40 56 84 39

*Pour la DNUM :*

RACHEDI Assia

Cheffe de projet numérique (DNUM/SDPSN)

39-43 quai André Citroën – 75015 PARIS

[assia.rachedi@sg.social.gouv.fr](mailto:assia.rachedi@sg.social.gouv.fr)

Tél. : 01 44 38 27 86

## 6. Modalités pratiques

### 6.1. Modalités et calendrier de versement des aides

Les crédits sont mis à la disposition du Secrétariat général du Ministère des solidarités et de la santé. Le Secrétariat général procède aux diligences nécessaires pour permettre l'ordonnancement des crédits du FITN 8 par les directions concernées.

La mise à disposition des crédits s'effectue par tranches, dans la limite des crédits disponibles. Le montant de chaque tranche sera définitivement arrêté par la DITP, les dépenses annuelles détaillées dans la présente convention étant prévisionnelles, à l'exception de la première année de financement dont le montant figure dans l'annexe financière annexée au présent contrat. En 2022, ou en 2021 si l'avancement du projet le justifie, la DITP décide du montant de la ou des nouvelles tranches de financement à mettre à disposition au regard de l'avancement du projet et du suivi des indicateurs. Pour ce faire, un point ou plusieurs points d'étapes du déploiement du projet sont effectués en tant que de besoin en 2021 et 2022 entre la DITP et l'administration responsable du projet cofinancé par le FITN 8.

Les crédits sont mis à disposition dans le cadre de gestion BOP-UO décrit en annexe. La consommation des crédits (AE et CP) sur le programme 363 est opérée en référençant la nomenclature budgétaire d'activités annexée au présent contrat.

### 6.2. Modifications du contrat

Le présent contrat peut être modifié par voie d'avenant, à l'exception de l'annexe relative aux nomenclatures budgétaires d'exécution qui peut être modifiée à l'initiative de la DITP.

Toute difficulté majeure dans la réalisation du projet sera portée à la connaissance du comité de pilotage qui pourra suspendre ou interrompre les financements initialement définis.

6.3. Communication liée au projet

Dans toute communication relative à son projet, le porteur est invité à préciser qu'il a reçu le soutien financier du Plan « France relance ».

Fait le 18 octobre 2021.

Pour la Direction du numérique  
du Ministère des solidarités et de la santé :  
La directrice,  
Hélène BRISSET

Pour la Direction interministérielle  
de la transformation publique :  
Le délégué interministériel  
à la transformation publique,  
Thierry LAMBERT



ANNEXE FINANCIERE

Nature de dépenses	Catégorie de dépenses catégorie de dépenses	Programme budgétaire	2021		2022		2023 pour le FTAP uniquement	
			AE	CP	AE	CP	AE	CP
<b>TOTAL CADRAGE</b>			<b>10 000</b>	<b>10 000</b>				
<b>Total Dépenses 1</b>								
<i>Etude de Cadrage (prestataire marché massifié de développement de la DNUM)... financement [co-porteur DNUM]</i>	<i>Etude</i>	<i>P349/363</i>	10 000	10 000				
<b>TOTAL CONCEPTION VERSION 1</b>			<b>80 000</b>	<b>0</b>	<b>25 000</b>	<b>105 000</b>		
<b>Total Dépenses 1</b>								
<i>Spécifications générales / Architecture (prestataire marché massifié de développement de la DNUM)... financement [co-porteur DNUM]</i>	<i>Réalisation</i>	<i>P349/363</i>	80 000	0		80 000		
<b>Total Dépenses 2</b>								
<i>Homologation RGS et étude RIPD (prestataire marché DAE)... financement [co-porteur DNUM]</i>	<i>Expertise</i>	<i>P124</i>	0	0	25 000	25 000		
<b>TOTAL CONSTRUCTION et QUALIFICATION</b>			<b>210 000</b>	<b>0</b>	<b>50 000</b>	<b>260 000</b>		
<b>Total Dépenses 1</b>								
<i>Développement du lot 1 (prestataire marché massifié de de développement de la DNUM)... financement FTAP/FITN</i>	<i>Réalisation</i>	<i>P349/363</i>	210 000	0	0	210 000		
<i>Développement du lot 1 (prestataire marché massifié de de développement de la DNUM)... financement [co-porteur DNUM]</i>	<i>Réalisation</i>	<i>P124</i>			50 000	50 000		
<b>TOTAL VERSION 2</b>					<b>325 000</b>	<b>215 000</b>		<b>110 000</b>
<b>Total Dépenses 1</b>								
<i>Spécifications détaillées - containers complexes, outil de pilotage, statistiques, reporting, interconnexion SI sortants Vitam et Télérecours (prestataire marché massifié de développement de la DNUM)... financement [co-porteur DNUM]</i>	<i>Réalisation</i>	<i>P124</i>			80 000	80 000		
<b>Total Dépenses 2</b>								
<i>Développement du lot 2 - containers complexes, outil de pilotage, statistiques, reporting, interconnexion SI sortants Vitam et Télérecours (prestataire marché massifié de développement de la DNUM)... financement FTAP/FITN</i>	<i>Réalisation</i>	<i>P349/363</i>			225 000	115 000		110 000

<b>Total Dépenses 3</b>								
<i>Audit d'intrusion et accompagnement homologation RGS (prestataire marché DAE)... financement [co-porteur DNUM]</i>	<i>Expertise</i>	<i>P124</i>			20 000	20 000		
<b>TOTAL</b>			300 000	10 000	400 000	580 000	0	110 000

<b>TOTAL Financement [co-porteur DNUM]</b>			0	0	175 000	175 000		
<b>TOTAL Financement [co-porteur 2]</b>								
<b>TOTAL Financement FTAP/FITN</b>			300 000	10 000	225 000	515 000		
<b>TOTAL</b>			300 000	10 000	400 000	690 000		
<i>Financement Réversibilité de marché [co-porteur DNUM]</i>					50 000	50 000		
<i>Spécifications et développement pour stabilisation après mise en service, évolutions complémentaires en 2023 (200 000 €) [co-porteur DNUM]</i>							100 000	100 000

ANNEXE RELATIVE AUX NOMENCLATURES BUDGETAIRES D'EXECUTION

Cadre de gestion BOP-UO : 0363-DITP-CSOC

Action - Domaine fonctionnel : 0363-04

Référentiel de programmation :

<b>Code Chorus</b>	<b>Désignation Chorus</b>	<b>Commentaires</b>
036304160001	FITN8 Fonds innovation et transformation numérique	Concerne toutes les dépenses HT2 relatives au projet et imputées sur le programme 0363
<b>Code PAM</b>	<b>Désignation PAM</b>	<b>Commentaires</b>
07-363-DITP-CSOC-0008	SICLE	Concerne toutes les dépenses HT2 relatives au projet et imputées sur le programme 0363


**MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ**
*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**INSTRUCTION N° DGS/EA4/2021/214** du 20 octobre 2021 relative à la mise en œuvre de la réglementation applicable aux eaux de piscine.

Le ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux  
des agences régionales de santé

Copie à :

Mesdames et Messieurs les préfets de région  
Mesdames et Messieurs les préfets de département

<b>Référence</b>	NOR : SSAP2131693J (numéro interne : 2021/214)
<b>Date de signature</b>	20 octobre 2021
<b>Emetteur</b>	Ministère des solidarités et de la santé Direction générale de la santé (DGS)
<b>Objet</b>	Mise en œuvre de la réglementation applicable aux eaux de piscine
<b>Commande</b>	Application de la nouvelle réglementation applicable aux piscines publiques et privées à usage collectif, définie par le décret n° 2021-656 du 26 mai 2021 et ses arrêtés d'application.
<b>Actions à réaliser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identification des piscines à usage collectif nouvellement entrées dans le champ d'application de la réglementation ;</li> <li>▪ Préparation de la mise en œuvre du programme de prélèvements et d'analyses du contrôle sanitaire, sur la base de la nouvelle typologie définie pour les piscines à usage collectif ;</li> <li>▪ Arrêt de la liste des piscines alimentées par une eau prélevée dans le milieu naturel, pour chaque département concerné, au 31 décembre 2021 ;</li> <li>▪ Communication auprès des personnes responsables des piscines des évolutions réglementaires à venir.</li> </ul>
<b>Echéance</b>	Immédiate
<b>Contact utile</b>	Sous-direction de la prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation Bureau de la qualité des eaux (EA4)

	Personne chargée du dossier : Sabrina MEKHOUS Tél. : 01 40 56 82 57 Mél. : <a href="mailto:sabrina.mekhous@sante.gouv.fr">sabrina.mekhous@sante.gouv.fr</a>
<b>Nombre de pages et annexes</b>	6 pages + 1 annexe de 27 pages Annexe – Guide de mise en œuvre de la réglementation applicable aux piscines publiques et privées à usage collectif à compter du 1 <sup>er</sup> janvier 2022
<b>Résumé</b>	La présente instruction, assortie d'un guide, a pour but de présenter la nouvelle réglementation applicable aux eaux de piscine et de préciser les modalités de sa mise en œuvre. La nouvelle réglementation comprend un décret relatif à la sécurité sanitaire des eaux de piscine et quatre arrêtés d'application.
<b>Mention Outre-mer</b>	Le texte s'applique en l'état dans l'ensemble des Outre-mer.
<b>Mots-clés</b>	Eaux de piscine, qualité de l'eau, contrôle sanitaire, surveillance, mesures de gestion, dispositions techniques, SISE-Eaux (système d'information en santé-environnement sur les eaux) d'alimentation.
<b>Classement thématique</b>	Santé environnementale
<b>Textes de référence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Articles L. 1332-1 à L. 1332-9 ; L. 1337-1 A ; L. 1337-1 à L. 1337-10 et articles D. 1332-1 à D. 1332-11 du code de la santé publique ;</li> <li>▪ Décret n° 2021-656 du 26 mai 2021 relatif à la sécurité sanitaire des eaux de piscines ;</li> <li>▪ Arrêté du 26 mai 2021 modifiant l'arrêté du 7 avril 1981 modifié relatif aux dispositions techniques applicables aux piscines ;</li> <li>▪ Arrêté du 26 mai 2021 relatif au contrôle sanitaire et à la surveillance des eaux de piscine pris en application des articles D. 1332-1 et D. 1332-10 du code de la santé publique ;</li> <li>▪ Arrêté du 26 mai 2021 relatif aux limites et références de qualité des eaux de piscine pris en application de l'article D. 1332-2 du code de la santé publique ;</li> <li>▪ Arrêté du 26 mai 2021 relatif à l'utilisation d'une eau ne provenant pas d'un réseau de distribution d'eau destinée à la consommation humaine pour l'alimentation d'un bassin de piscine, pris en application des articles D. 1332-4 et D. 1332-10 du code de la santé publique ;</li> <li>▪ Arrêté du 5 juillet 2016 modifié relatif aux conditions d'agrément des laboratoires pour la réalisation des prélèvements et des analyses du contrôle sanitaire des eaux ;</li> <li>▪ Arrêté du 22 octobre 2013 modifié relatif aux analyses de contrôle sanitaire et de surveillance des eaux conditionnées et des eaux minérales naturelles utilisées à des fins thérapeutiques dans un établissement thermal ou distribuées en buvette publique ;</li> <li>▪ Arrêté du 14 octobre 1937 modifié relatif aux analyses des sources d'eau minérale ;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Note d'information n° DGS/EA4/2019/26 du 6 février 2019 relative à la mise en œuvre des dispositions de l'arrêté du 11 janvier 2019 modifiant l'arrêté du 5 juillet 2016 relatif aux conditions d'agrément des laboratoires pour la réalisation des prélèvements et des analyses du contrôle sanitaire des eaux et l'arrêté du 19 octobre 2017 relatif aux méthodes d'analyse utilisées dans le cadre du contrôle sanitaire des eaux ;</li> <li>▪ Note d'information n° DGS/EA4/2014/89 du 4 mars 2014 relative à l'information du public sur la qualité des eaux de piscine par la mise en ligne d'un formulaire de recherche des résultats du contrôle sanitaire des eaux de piscine.</li> </ul>
<b>Circulaire / instruction abrogée</b>	Néant
<b>Circulaires modifiées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Circulaire n° DGS/EA4/2010/289 du 27 juillet 2010 relative à la prévention des risques infectieux et notamment de la légionellose dans les bains à remous (spas) à usage collectif et recevant du public ;</li> <li>▪ Circulaire n° DGS/EA4/2008/65 du 22 février 2008 relative aux dispositions réglementaires applicables aux piscines ouvertes au public, à l'utilisation des produits et procédés de traitement de l'eau et notamment à ceux mettant en œuvre des lampes à rayonnement ultraviolet (UV) pour la déchloramination des eaux.</li> </ul>
<b>Validée par le CNP le 15 octobre 2021 - Visa CNP 2021-122</b>	
<b>Document opposable</b>	Non
<b>Déposée sur le site Légifrance</b>	Non
<b>Publiée au BO</b>	Oui
<b>Date d'application</b>	1 <sup>er</sup> janvier 2022

La présente instruction, assortie d'un guide, définit les modalités de mise en œuvre de la nouvelle réglementation applicable aux piscines publiques et privées à usage collectif, dont l'entrée en vigueur est fixée au 1<sup>er</sup> janvier 2022.

Les piscines correspondent à une installation ou une partie d'installation qui comporte un ou plusieurs bassins artificiels étanches dans lesquels se pratiquent des activités aquatiques et dont l'eau est filtrée, désinfectée, désinfectante, renouvelée et recyclée. Les équipements et aménagements nécessaires à l'accueil du public et à la mise en œuvre des activités ainsi qu'au fonctionnement des bassins font partie des installations constitutives d'une piscine.

Le parc de piscines à usage collectif (c'est-à-dire les piscines autres que celles réservées à l'usage personnel d'une famille) en France a connu une forte croissance au cours de ces vingt dernières années. Dans ce même temps, les pratiques de loisirs se sont diversifiées et la connaissance des risques sanitaires s'est améliorée.

Le cadre juridique général relatif aux eaux de piscine est fixé dans le code de la santé publique, aux articles L. 1332-1 et suivants et D. 1332-1 et suivants. Ce cadre, datant en majeure partie de 1981, fixe notamment les règles de contrôle et des mesures techniques relatives à la conception et au fonctionnement des piscines.

Avant la réforme, les piscines soumises à la réglementation faisaient l'objet d'un contrôle sanitaire mis en œuvre par l'Agence régionale de santé (ARS), avec une fréquence minimale de contrôle fixée à une fois par mois. Ce contrôle sanitaire était complété par une surveillance sanitaire mise en œuvre par la personne responsable de la piscine (PRP).

Doit être considéré comme PRP, le déclarant de la piscine selon les dispositions de l'article L. 1332-1, ou, à défaut de déclarant, la commune ou le groupement de collectivités territoriales compétent sur le territoire duquel se situe la piscine. Tel que prévu à l'article L. 1332-8 du code de la santé publique (CSP), la PRP « est tenue de surveiller la qualité de l'eau et d'informer le public sur les résultats de cette surveillance, de se soumettre à un contrôle sanitaire, de respecter les règles et les limites de qualité fixées par décret, et de n'employer que des produits et procédés de traitement de l'eau, de nettoyage et de désinfection efficaces et qui ne constituent pas un danger pour la santé des baigneurs et du personnel chargé de l'entretien et du fonctionnement de la piscine ».

Ce cadre juridique s'appliquait de manière uniforme à l'ensemble des bassins et ne proposait pas de possibilité d'adaptation du programme de prélèvements et d'analyses du contrôle sanitaire selon le type de bassins, tels que :

- les pataugeoires pour lesquelles les risques sanitaires sont plus importants pour les populations les plus sensibles, à savoir les très jeunes enfants ;
- les bains à remous qui offrent des conditions favorables au développement de micro-organismes, dont certains peuvent être pathogènes (légionelles).

Ce cadre juridique ne proposait pas non plus de possibilité d'adaptation pour les bassins à faible fréquentation.

Ainsi, les piscines dont l'eau des bassins était toujours conforme faisaient l'objet d'un contrôle sanitaire mensuel alors qu'il était largement admis que ce contrôle pouvait être moins contraignant en termes de fréquence sans pour autant diminuer la sécurité sanitaire.

L'objectif de la réforme est, d'une part, de clarifier les compétences entre les ARS et les PRP et, d'autre part, de permettre de recentrer les missions de contrôle des ARS sur les types de piscines le nécessitant : les piscines où la fréquentation du public est la plus importante et celles accueillant les populations les plus sensibles.

A la date d'entrée en vigueur, les PRP bénéficieront donc, pour la plupart, d'une diminution des contrôles de premier niveau réalisés par les ARS. En contrepartie, ils seront davantage responsabilisés sur le suivi de la qualité de leurs eaux et les mesures à mettre en œuvre en cas de non-conformités.

Au plan réglementaire, cette simplification permet d'adapter le programme de prélèvements et d'analyses de contrôle de la qualité des eaux selon le type de piscines (possibilité pour le directeur général de l'ARS de renforcer si besoin le contrôle sanitaire), de distinguer les piscines relevant du programme de prélèvements et d'analyses du contrôle sanitaire mis en œuvre par les ARS (ex : piscines municipales, piscines des établissements de santé et médico-sociaux, piscines des cabinets de kinésithérapie) de celles relevant uniquement d'un programme de surveillance mise en œuvre par les personnes responsables des piscines.

L'objectif principal de cette réforme est de définir des règles de sécurité sanitaire visant à protéger les baigneurs.

La nouvelle réglementation repose notamment sur la notion d'usage collectif. Cette notion sert de base à la définition du champ d'application qui exclut de fait, les piscines dont l'usage n'est pas considéré comme collectif mais plutôt unifamilial (cf. paragraphe 1.1). Les piscines entrant dans le champ d'application, à savoir les piscines à usage collectif, qu'elles soient privées ou publiques, sont regroupées en quatre types de piscines. Ces types de piscines permettent de définir les modalités de fréquence du contrôle sanitaire mis en œuvre par les ARS et de surveillance réalisée par la PRP (cf. paragraphe 1.3.1).

Le décret n° 2021-656 du 26 mai 2021 et ses arrêtés d'application apportent les principales modifications suivantes :

- ils définissent le champ d'application de la réglementation ;
- ils distinguent quatre types de piscine pour la mise en œuvre du contrôle sanitaire, établis en fonction de la fréquentation maximale théorique ou de la nature de l'établissement ;
- ils précisent la fréquence des prélèvements et le contenu des analyses d'échantillons d'eau dans le cadre du programme de prélèvements et d'analyses du contrôle sanitaire exercé par l'ARS et de la surveillance réalisée par la personne responsable de la piscine. Ces modalités sont adaptées en fonction du type de piscine ;
- ils définissent de nouvelles normes de qualité de l'eau de piscines ;
- ils précisent les modalités de recyclage et de traitement de l'eau ainsi que les modalités de vidange des bassins ;
- ils définissent les dispositions techniques applicables aux piscines ;
- ils introduisent l'obligation d'élaboration de procédures (nettoyage, entretien des surfaces) et de protocoles (suivi des paramètres de surveillance, gestion des situations de non-respect des limites de qualité et de non-satisfaction des références de qualité).

Les modalités d'autorisation d'utilisation d'une eau autre que l'eau destinée à la consommation humaine pour alimenter le bassin sont précisées par arrêté du 26 mai 2021 cité en référence.

Les données relatives à la qualité des eaux de piscine peuvent être saisies dans l'application SISE-Eaux d'Alimentation. Une procédure élaborée en lien avec le pôle d'administration des données en santé environnement (PADSE) est décrite à la page suivante du réseau d'échange en santé environnement (RESE) :

[http://rese.intranet.sante.gouv.fr/santenv/interven/piscine/exp/sise/i\\_sise.htm](http://rese.intranet.sante.gouv.fr/santenv/interven/piscine/exp/sise/i_sise.htm).

A noter également que certaines recommandations de la circulaire n° DGS/EA4/2010/289 du 27 juillet 2010 *relative à la prévention des risques infectieux et notamment de la légionellose dans les bains à remous (spas) à usage collectif et recevant du public* seront caduques au 1<sup>er</sup> janvier 2022. Il s'agit, du rappel du champ d'application de la réglementation (partie I), des modalités de contrôle sanitaire et de surveillance et des normes de qualité (annexe 1 : partie 2.2. et tableau 1), des informations relatives à la procédure d'autorisation des produits et procédés de traitement de l'eau des piscines (annexe 1 : partie 2.4) ainsi que des recommandations techniques pour l'exploitant (filtration et traitement de l'eau, vidange périodique du bassin) à la partie 3 de l'annexe 1. Une fiche technique spécifique aux bains à remous, reprenant les informations toujours en vigueur de cette circulaire et les nouvelles dispositions réglementaires applicables, sera prochainement diffusée sur la page suivante du RESE : <http://rese.intranet.sante.gouv.fr/santenv/interven/piscine/reg/nxtextes.htm>.



De la même manière, certaines dispositions de la circulaire n° DGS/EA4/65 du 22 février 2008 *relative aux dispositions réglementaires applicables aux piscines ouvertes au public, à l'utilisation des produits et procédés de traitement de l'eau et notamment à ceux mettant en œuvre des lampes à rayonnement ultraviolet (UV) pour la déchloration des eaux* sont déjà ou seront obsolètes au 1<sup>er</sup> janvier 2022. Il s'agit notamment du rappel du champ d'application de la réglementation (partie I), des informations relatives à la procédure d'autorisation des produits et procédés de traitement de l'eau des piscines, y compris les procédés de déchloration, des modalités de contrôle sanitaire et de surveillance du carbone organique total (COT), des chlorures et des trihalométhanes (THM) dans l'eau de ces bassins (partie III) ainsi que des informations concernant l'autorisation temporaire qui avait été octroyée au produit REVACIL (à base de polyhexaméthylène biguanide [PHMB]) commercialisé par la société MAREVA (partie IV). Certaines des informations encore d'actualité ont été reprises à la partie 2.3.3. de la présente instruction. En revanche, les dispositions de la circulaire portant sur la qualité de l'air (paragraphe III. b) restent applicables.

La présente instruction comporte en annexe un guide de mise en œuvre de la réglementation applicable aux piscines publiques et privées à usage collectif à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022.

Vous voudrez bien me faire part, sous le présent timbre, des éventuelles difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la présente instruction.

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".

Étienne CHAMPION

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

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

Jérôme SALOMON

Annexe

**Guide interne à destination des ARS pour  
la mise en œuvre de la réglementation  
applicable aux piscines publiques et  
privées à usage collectif à compter du  
1<sup>er</sup> janvier 2022**

# Sommaire

## **1. Règles sanitaires relatives à la qualité des eaux de piscine**

- 1.1. Champ d'application
- 1.2. Définitions et notions relatives à la capacité d'accueil et aux fréquentations maximales en baigneurs
- 1.3. Modalités de mise en œuvre du contrôle sanitaire et de la surveillance
  - 1.3.1. *Typologie des piscines*
  - 1.3.2. *Fréquence du programme d'analyses du contrôle sanitaire et de la surveillance*
  - 1.3.3. *Adaptations du programme de contrôle sanitaire et de surveillance*
- 1.4. Limites et références de qualité
- 1.5. Gestion des non conformités
- 1.6. Alimentation des bassins en eau autre que l'eau destinée à la consommation humaine

## **2. Prescriptions techniques applicables aux eaux de piscine**

- 2.1. Dispositifs de reprise, recyclage et vidange de l'eau
  - 2.1.1. *Reprise de surface de plan d'eau*
  - 2.1.2. *Modalités de recyclage de l'eau*
  - 2.1.3. *Fréquence de vidange des bassins*
  - 2.1.4. *Accès aux plages*
- 2.2. Procédés de filtration membranaire et réutilisation des eaux de lavage / contre-lavage des filtres
- 2.3. Produits et procédés de traitement des eaux de piscine
  - 2.3.1. *Informations générales sur la réglementation biocide*
  - 2.3.2. *Autorisation des produits et procédés de traitement au niveau national*
  - 2.3.3. *Procédés de déchloramination destinés à réduire les teneurs en chlore combiné des eaux de piscine*
- 2.4. Piscines faisant l'objet de travaux de mises aux normes

## **3. Exceptions réglementaires**

## **4. Exemples d'établissements répartis selon leur FMT ou leur nature et appartenance à un type de piscine**

# 1. Règles sanitaires relatives à la qualité des eaux de piscine

## 1.1. Champ d'application

Le décret n° 2021-656 du 26 mai 2021 et ses quatre arrêtés d'application<sup>1</sup> s'appliquent à l'ensemble des piscines publiques et privées à usage collectif.

Les piscines d'accès payant mentionnées à l'article L. 322-7 du code du sport relèvent du champ d'application de ces dispositions réglementaires.

Les piscines des établissements de santé autorisés à dispenser des soins de suite et de réadaptation, d'usage exclusivement médical, entrent dorénavant dans le champ d'application de la réglementation. Elles sont donc soumises pour la première fois aux règles sanitaires applicables aux piscines.

Les autres piscines des établissements de santé, des établissements médico-sociaux et des cabinets médicaux (professionnels de santé libéraux tels que les masseurs-kinésithérapeutes, ostéopathes, sages-femmes, etc.) étaient quant à elles déjà concernées par la réglementation.

Toutefois, certaines piscines ont été exclues du champ d'application du fait de leur usage considéré comme non collectif. Ces piscines relèvent davantage d'un usage unifamilial, notion définie à l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté du 26 mai 2021 relatif au contrôle sanitaire et à la surveillance des eaux de piscine :

- les piscines privées réservées à l'usage personnel du propriétaire ou du locataire du logement d'habitation : il s'agit des piscines privées à usage strictement personnel d'une famille propriétaire ou locataire du logement d'habitation. Dans certains cas, ces piscines peuvent être louées à une clientèle de passage de façon temporaire, c'est-à-dire sur un créneau défini et limité dans le temps (quelques heures, une demi-journée, une journée). Les réservations successives de ces piscines ne leur confèrent pas un usage collectif. Ces piscines n'entrent donc pas dans le champ d'application de la réglementation ;
- les piscines privées réservées à l'usage personnel de la clientèle de passage qui loue le logement d'habitation et qui n'y élit pas domicile : il s'agit des piscines privées appartenant au logement d'habitation qui peut être loué de façon temporaire à une clientèle de passage, *via* des plateformes de réservation et de location de logement entre particuliers ou d'hébergement touristique marchand réservé à l'usage d'une seule famille. Seule la clientèle qui loue le logement a accès à la piscine pendant la durée de la location de l'hébergement. L'usage est considéré comme étant personnel ;

---

<sup>1</sup> Il s'agit du décret n° 2021-656 du 26 mai 2021 relatif à la sécurité sanitaire des eaux de piscines et des arrêtés d'application suivants : arrêté du 26 mai 2021 modifiant l'arrêté du 7 avril 1981 modifié relatif aux dispositions techniques applicables aux piscines ; arrêté du 26 mai 2021 relatif au contrôle sanitaire et à la surveillance des eaux de piscine pris en application des articles D. 1332-1 et D. 1332-10 du code de la santé publique ; arrêté du 26 mai 2021 relatif aux limites et références de qualité des eaux de piscine pris en application de l'article D. 1332-2 du code de la santé publique ; arrêté du 26 mai 2021 relatif à l'utilisation d'une eau ne provenant pas d'un réseau de distribution d'eau destinée à la consommation humaine pour l'alimentation d'un bassin de piscine, pris en application des articles D. 1332-4 et D. 1332-10 du code de la santé publique.

- les piscines privées réservées à l'usage personnel du client d'une unité, que ce soit une chambre, un emplacement ou un appartement de l'hébergement touristique marchand et qui n'y élit pas domicile : il s'agit des piscines situées dans un espace privatif et exclusif au client d'un hébergement touristique marchand (centre de vacances, hôtel), c'est-à-dire, les bassins intégrés à un logement (piscine ou bain à remous dans une chambre, un mobil-home, un logement) ou intégralement rattaché à la location et dont l'usage est strictement privatisé durant toute la période du séjour. Par exemple : une piscine ou un bain situé sur la terrasse d'une chambre, une piscine destinée à l'usage d'un seul mobil-home, etc. ;

***NB** : A contrario, les bains à remous ou bassins situés dans un espace collectif de l'hébergement touristique marchand (c'est-à-dire, en dehors de la chambre ou du logement du client et accessible à toute la clientèle) et réservables par un client sur un créneau horaire défini, entrent bien dans le champ d'application de la réglementation.*

Dans les établissements thermaux, il convient de distinguer :

- les piscines dites « thermales », dont les bassins sont alimentés par de l'eau minérale naturelle utilisée à des fins thérapeutiques (eau « thermale »), exclusivement dans le cadre des cures thermales. Ces piscines sont exclues du champ d'application de cette nouvelle réglementation dans la mesure où elles relèvent d'une réglementation spécifique ;
- les piscines à usage médical (autres que dans le cadre des cures thermales), dont les bassins sont alimentés par de l'eau minérale naturelle (eau « thermale ») et utilisés à des fins médicales et thérapeutiques (kinésithérapie, ostéopathie, sport-santé, etc.) entrent dans le champ d'application de cette nouvelle réglementation ;
- les piscines dites « thermo-ludiques » et de remise en forme, dont les bassins sont alimentés par de l'eau minérale naturelle (eau « thermale ») et utilisés à des fins récréatives et/ou de remise en forme entrent dans le champ d'application de cette nouvelle réglementation ;
- les piscines à usage mixte, c'est-à-dire les bassins alimentés par de l'eau minérale naturelle (eau « thermale ») et utilisés à la fois à des fins thérapeutiques (dans le cadre des cures thermales) et à des fins thermo ludiques, de remise en forme ou médicales/thérapeutiques (autres que les cures thermales) sont susceptibles de relever des deux cadres réglementaires selon les usages considérés.

S'agissant des piscines à usage mixte, dans la mesure où il n'est pas toujours possible de distinguer ces usages (bassins pouvant être utilisés sur des périodes distinctes ou de façon simultanée, avec des zones délimitées selon les usages considérés), il convient d'appliquer la réglementation la plus protectrice/sécuritaire en matière de sécurité sanitaire de l'eau. Aussi, l'eau de ces piscines doit respecter les limites de qualité microbiologiques définies à l'annexe I de l'arrêté du 14 octobre 1937 modifié et respecter les exigences de qualité physicochimiques réglementaires définies pour les piscines à usage collectif. Elles doivent également faire l'objet des mêmes modalités de contrôle sanitaire et de surveillance que les piscines thermales, définies par l'arrêté du 22 octobre 2013 modifié. En outre, les prescriptions techniques générales applicables aux piscines à usage collectif s'appliquent à ces piscines à usage mixte, à moins qu'il n'existe des dispositions plus contraignantes dans la réglementation applicable aux piscines « thermales ».

Concernant les piscines relevant du ministère chargé de la défense, elles seront encadrées, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022 par des règles introduites dans le CSP à l'article D. 1332-11-1 du CSP par le décret n° 2021-1228 du 24 septembre 2021 *adaptant diverses dispositions du code de la santé publique aux spécificités du ministère de la défense*. Ces règles, en partie identiques à celles s'appliquant aux piscines publiques et aux piscines privées à usage collectif, ne sont pas détaillées dans la présente instruction. Un ou plusieurs arrêtés d'application du ministère chargé de la défense sont encore attendus.

Par ailleurs, les bassins individuels qui sont des installations conçues et utilisées pour une personne à la fois et dont l'eau fait l'objet d'une vidange entre chaque baigneur (ex : cabines d'« aquabike », bains flottants d'isolation sensorielle, etc.) ne sont pas visés par la réglementation applicable aux piscines.

Enfin, les installations de jeux d'eau (de type splashpad, miroirs d'eau, etc.), dès lors qu'elles ne sont pas implantées dans un bassin et donc qualifiées d'aires de jeux d'eau, ne sont pas visées par la réglementation applicable aux piscines. La définition à retenir pour les aires de jeux d'eau est la suivante : « Une aire de jeux d'eau est un bassin artificiel où de l'eau est vaporisée, aspergée, versée ou projetée sur les visiteurs dans lequel l'eau ne peut pas s'accumuler puisqu'elle s'écoule immédiatement hors de l'aire de jeux » (National Collaborating Centres for Environmental Health, 2017).

Ces installations font l'objet d'un guide de recommandations sanitaires et techniques réalisé par le Centre scientifique et technique du bâtiment (CSTB) à la demande de la Direction générale de la santé et disponible sur le RESE, à la page suivante :

<http://rese.intranet.sante.gouv.fr/santenv/interven/piscine/jeux.htm>

## **1.2. Définitions et notions relatives à la capacité d'accueil et aux fréquentations maximales en baigneurs**

Dans le contexte de la réglementation applicable aux piscines, la capacité d'accueil de l'établissement dans lequel se situe une piscine publique ou privée à usage collectif est utile pour déterminer le type de piscine située dans un hébergement touristique marchand. Cette capacité d'accueil correspond au nombre maximal de personnes que peut accueillir l'hébergement touristique marchand.

Les notions de « fréquentation maximale théorique » (FMT), « fréquentation maximale instantanée » (FMI) et « fréquentation maximale journalière » (FMJ) sont, quant à elles, définies à l'article D. 1332-7 du code de la santé publique et complétées, pour la FMI des bains à remous, à l'article 3bis de l'arrêté du 7 avril 1981 modifié relatif aux dispositions techniques applicables aux piscines.

La fréquentation maximale théorique (FMT) correspond au nombre maximal de personnes présentes dans l'enceinte de la piscine et se calcule en respectant la règle suivante :

- pour un bassin de plein air : 3 personnes pour 2 m<sup>2</sup> de plan d'eau ;
- pour un bassin couvert : 1 personne pour 1 m<sup>2</sup> de plan d'eau.



Un bassin extérieur disposant de couvertures amovibles (piscine de type « tournesol », piscine avec « véranda amovible », etc.) doit être considéré comme un bassin couvert.

*Pour les établissements disposant de plusieurs bassins, la FMT retenue est la somme des capacités calculées pour chaque bassin (y compris les bassins de réception des toboggans), à l'exception des bassins de plongeon ou de plongée réservés en permanence à cet usage.*

La fréquentation maximale instantanée (FMI) correspond au nombre maximal de personnes présentes dans l'enceinte de la piscine et est définie par la PRP. La PRP fixe une FMI en baigneurs et une FMI en non baigneurs, correspondant respectivement à la capacité maximale instantanée en nageurs dans l'enceinte de la piscine et à la capacité maximale instantanée d'autres personnes. La FMI en baigneurs ne doit pas dépasser la FMT et doit être affichée à l'entrée de la piscine.

La PRP est donc responsable de fixer et d'afficher les FMI. Ces valeurs sont validées, pour des raisons de sécurité, lors de la commission d'accessibilité et de sécurité d'ouverture et la FMI « baigneurs », pour des raisons de qualité d'eau, ne peut être supérieure à la FMT.

La FMI en baigneurs des bains à remous doit permettre de disposer d'un volume minimal d'eau par baigneur de 150 litres. Cependant, pour les bains à remous de volume important (>10 m<sup>3</sup>), l'ARS pourra recommander de limiter cette FMI à l'identique des calculs de la FMI d'un bassin.

Pour les établissements ne disposant que d'un bain à remous, la FMI en baigneurs est affichée à proximité du bassin. Pour les établissements disposant de plusieurs bassins, dont des bains à remous, le nombre maximal de baigneurs présents simultanément dans les bains à remous est indiqué à proximité de chaque bain à remous.

La fréquentation maximale journalière (FMJ) correspond au nombre maximal de personnes présentes par jour dans l'enceinte de la piscine. Cette valeur est liée aux exigences de renouvellement de l'eau. Ainsi, comme le précise l'article 3 de l'arrêté du 7 avril 1981 modifié relatif aux dispositions techniques applicables aux piscines, un renouvellement de l'eau des bassins doit être effectué chaque jour d'ouverture à raison d'au moins 30 litres d'eau non recyclée par baigneur ayant fréquenté l'installation.

La FMJ est fixée par la PRP et doit être affichée à l'entrée de la piscine.

### **1.3. Modalités de mise en œuvre du contrôle sanitaire et de la surveillance**

Conformément aux dispositions du I. de l'article D. 1332-10 du CSP, la PRP organise et met en œuvre la surveillance des installations et du système de traitement de l'eau. Elle prévoit, à ce titre, la réalisation de prélèvements d'échantillons d'eau et d'analyses.

Conformément aux dispositions du II. de l'article D. 1332-10 du CSP, le contrôle sanitaire est exercé par le directeur général d'ARS (DGARS) et comprend toute opération de vérification du respect des dispositions législatives et réglementaires relatives à la sécurité sanitaire des piscines, notamment :

- L'inspection des installations ;
- Le contrôle des mesures de sécurité sanitaire mises en œuvre ;
- La réalisation d'un programme de prélèvements d'échantillons d'eau et d'analyses de la qualité de l'eau de la piscine dans les conditions prévues à l'article L. 1321-5 du CSP.

L'arrêté du 26 mai 2021 *relatif au contrôle sanitaire et à la surveillance des eaux de piscine pris en application des articles D. 1332-1 et D. 1332-10 du code de la santé publique* détaille le programme de prélèvements d'échantillons d'eau et d'analyses réalisé :

- Au titre du contrôle sanitaire et à la diligence du DGARS, pour les piscines de types A et B (*cf.* annexe II A.) ;
- Au titre de la surveillance, par la PRP, pour l'ensemble des piscines (*cf.* annexe II B.).

### 1.3.1. Typologie des piscines

La réglementation précise la fréquence des prélèvements et le contenu des analyses d'échantillons d'eau dans le cadre du contrôle sanitaire exercé par l'ARS et de la surveillance réalisée par la PRP. Ces modalités sont adaptées en fonction du type de piscine. La réglementation distingue quatre **types de piscine** pour la mise en œuvre du contrôle sanitaire et de la surveillance, établis en fonction de la **nature de l'établissement** ou de la **fréquentation maximale théorique (FMT)**. Ainsi la notion de « type de piscines » est rattachée à l'établissement (et non au bassin) : un établissement, même disposant de plusieurs bassins, correspond à un seul type de piscine.

Pour les piscines de types A, B et C qui sont classées en fonction de la nature de l'établissement, l'existence d'une activité secondaire (ex : pratique d'aquagym ouverte à des résidents dans un bassin d'hôtel) ne modifie pas le classement établi. En effet, bien que les textes réglementaires précisent que les piscines sont « réservées à l'usage du personnel et des personnes hébergées dans l'établissement », la réglementation n'indique pas que cet usage est exclusif.

L'annexe 1 de l'arrêté du 26 mai 2021 relatif au contrôle sanitaire et à la surveillance des eaux de piscine définit les types de piscines (A, B, C et D) :

- Les **piscines de type A** regroupent :
  - les piscines des hébergements touristiques marchands dont la capacité d'accueil de l'établissement est strictement supérieure à 150 personnes et réservées à l'usage du personnel et des personnes hébergées dans l'établissement ;
  - à l'exception des piscines ci-dessus, les piscines dont la capacité d'accueil (FMT) est strictement supérieure à 100 personnes.

*Pour les établissements disposant de plusieurs bassins, la capacité d'accueil (FMT) retenue pour définir le type de la piscine est la somme des capacités calculées pour chaque bassin.*

- Les **piscines de type B** regroupent :
  - les piscines des hébergements touristiques marchands dont la capacité d'accueil de l'établissement est comprise entre 16 et 150 personnes et réservées à l'usage du personnel et des personnes hébergées dans l'établissement ;
  - les piscines des établissements de santé et médico-sociaux et réservées à l'usage du personnel et des personnes prises en charge par ces établissements ;
  - les piscines des cabinets de kinésithérapie et réservées à l'usage du personnel et des personnes prises en charge par ces établissements ;



- à l'exception des piscines ci-dessus, les piscines dont la capacité d'accueil (FMT) est comprise entre 16 et 100 personnes.

*Pour les établissements disposant de plusieurs bassins, la capacité d'accueil (FMT) retenue pour définir le type de la piscine est la somme des capacités calculées pour chaque bassin.*



Les autres piscines des cabinets médicaux (professionnels de santé libéraux tels que les ostéopathes, sages-femmes, etc.) relèvent également du type B.

- Les **piscines de type C** regroupent :

- les piscines d'ensemble d'habitations collectives ou individuelles et réservées à l'usage du personnel, des résidents et des personnes hébergées ou en visite ;
- à l'exception des piscines ci-dessus, les piscines dont la capacité d'accueil (FMT) est inférieure ou égale à 15 personnes.

*Pour les établissements disposant de plusieurs bassins, la capacité d'accueil (FMT) retenue pour définir le type de la piscine est la somme des capacités calculées pour chaque bassin.*



En cas de présence d'au moins un bain à remous, les piscines relevant du type C sont considérées comme des piscines de type B. A ce titre, l'ensemble de l'établissement devra se conformer au contrôle sanitaire d'une piscine de type B. Dans ce cas, tous les bassins de l'établissement doivent faire l'objet d'un contrôle sanitaire.

- Les **piscines de type D** regroupent les piscines des hébergements touristiques marchands dont la capacité d'accueil de l'établissement est inférieure ou égale à 15 personnes et réservées à l'usage du personnel et des personnes hébergées dans l'établissement.

Ci-dessous, quelques compléments utiles à la définition des types de piscines :



La capacité d'accueil des hébergements touristiques marchands peut faire l'objet d'une demande auprès des fédérations et des syndicats du secteur du tourisme ou auprès des préfetures ou des services départementaux d'incendie et de secours (SDIS).



Les terrains aménagés de camping et de caravanage, destinés à l'accueil de tentes, de caravanes, de résidences mobiles de loisirs et d'habitations légères de loisirs sont constitués d'emplacements nus ou équipés de l'une de ces installations ainsi que d'équipements communs comme le prévoit l'article D. 331-1-1 du code du tourisme. Ainsi, au niveau du point 2 de l'annexe 1 de l'arrêté du 26 mai 2021 relatif au contrôle sanitaire et à la surveillance des eaux de piscine, le terme « hébergement touristique marchand » est interprété au sens large et doit être entendu comme « emplacements nus et installations d'hébergement touristique marchand » afin de déterminer plus facilement la capacité d'accueil de ce type d'installation.



Il est possible d'accéder à la liste des praticiens assurant des soins de balnéothérapie ou des soins de suite et réadaptation, à partir de la codification nationale définie par l'Assurance maladie, en se rapprochant de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). La liste des établissements de soins pratiquant des soins de suite et de réadaptation est également disponible sur l'annuaire santé de l'Assurance maladie : <http://annuairesante.ameli.fr/>

Un tableau, en partie 4, présente les typologies de piscine pour différents exemples d'établissements.

### 1.3.2. Fréquence du programme d'analyses du contrôle sanitaire et de la surveillance

Concernant le contrôle de la qualité des eaux, la nouvelle réglementation permet d'adapter le programme de prélèvements et d'analyses selon le type de piscine (possibilité pour le directeur général de l'ARS de renforcer si besoin le contrôle sanitaire ou de réduire la fréquence de contrôle de certains paramètres) et de distinguer les piscines relevant d'un programme de prélèvements et d'analyses au titre du contrôle sanitaire de la qualité des eaux mis en œuvre par les ARS (ex : piscines municipales, piscines des établissements de santé et médico-sociaux, piscines des cabinets de kinésithérapie) et d'une surveillance de la qualité des eaux mise en œuvre par les PRP de celles relevant exclusivement d'une surveillance de la qualité des eaux.



Les piscines de type C et D ne sont pas soumises au programme de prélèvements et d'analyses du contrôle sanitaire mis en œuvre par les ARS. Elles sont soumises à la surveillance réalisée à la diligence de la PRP. Les prélèvements et les analyses de ce programme de surveillance doivent être réalisés, pour les paramètres précisés en annexe de l'arrêté du 26 mai 2021 relatif au contrôle sanitaire et à la surveillance des eaux de piscine, par un laboratoire accrédité par le Comité français d'accréditation ou par tout autre organisme d'accréditation équivalent européen signataire de l'accord multilatéral pris dans le cadre de la coordination européenne des organismes d'accréditation, pour la mesure du paramètre considéré.

L'arrêté du 26 mai 2021 relatif au contrôle sanitaire et à la surveillance des eaux de piscine précise que les résultats d'analyses de la surveillance sont mis à disposition de l'ARS (article 3) et joints au carnet sanitaire (article 4). Le format de ces résultats n'est pas imposé par la réglementation et peut être défini localement.

#### **Pour les piscines ouvertes au public toute l'année :**

- Piscines de type A : la fréquence du programme d'analyses du contrôle sanitaire est de 2 fois/trimestre et la fréquence du programme de surveillance des paramètres de terrain réalisée par la PRP varie de 2 fois/jour à 1 fois/semaine en fonction des paramètres ;
- Piscines de type B : la fréquence du programme d'analyse du contrôle sanitaire est d'1 fois/trimestre et la fréquence du programme de surveillance des paramètres de terrain réalisée par la PRP varie de 2 fois/jour à 1 fois/semaine en fonction des paramètres ;
- Piscines de type C : la fréquence du programme d'analyse de la surveillance réalisée par la PRP est d'1 fois/trimestre et la fréquence du programme de surveillance des paramètres de terrain également réalisée par la PRP varie de 1 fois/jour à 1 fois/semaine en fonction des paramètres ;

- Piscines de type D : la fréquence du programme d'analyse de la surveillance réalisée par la PRP est d'1 fois/an pour les paramètres microbiologiques et les paramètres COT et chlorures et la fréquence du programme de surveillance des paramètres de terrain également réalisée par la PRP varie de 1 fois/jour à 1 fois/semaine en fonction des paramètres.



La notion de trimestre est à interpréter au sens de l'année civile. Par exemple, pour une (nouvelle) piscine de type A qui n'aurait ouvert que 8 mois dans l'année, la fréquence du contrôle sanitaire sera égale à 6.



La fréquence du contrôle sanitaire (pour les piscines de type A et B) ou de la surveillance sanitaire (pour les piscines de type C et D) est réalisée de façon homogène et régulière dans le temps. Par exemple :

- pour les piscines de type A, il est recommandé de ne pas dépasser 2 mois entre chaque prélèvement (cela permet d'éviter les situations extrêmes avec 2 prélèvements en janvier pour le trimestre 1 et 2 autres prélèvements en juin pour le trimestre 2) ;
- de la même façon, pour les piscines de type B et C, il est recommandé de ne pas dépasser 15 semaines entre chaque prélèvement.

#### **Pour les piscines saisonnières :**

Pour les piscines à ouverture saisonnière (6 mois par an ou moins) de types A et B, la fréquence minimale est de 2 par période d'ouverture.

#### *1.3.3. Adaptations du programme de contrôle sanitaire et de surveillance*

L'article 2 de l'arrêté du 26 mai 2021 relatif au contrôle sanitaire et à la surveillance des eaux de piscine précise que les fréquences de contrôle de certains paramètres peuvent être réduites dans les conditions mentionnées à l'annexe II.A de ce même arrêté, lorsque les résultats d'analyses du contrôle sanitaire sont constants et respectent les limites de qualité réglementaires.

Pour les piscines de type A ouvertes toute l'année, **la fréquence du programme de prélèvements et d'analyses du contrôle sanitaire**, pour certains paramètres, peut être réduite d'un facteur 2 au maximum sans être inférieure à une fois tous les deux mois. Les paramètres concernés par cette réduction de la fréquence sont : Entérocoques intestinaux, Nombre de microorganismes revivifiables à 36°C, *Pseudomonas aeruginosa*, Staphylocoques pathogènes, Acide isocyanurique, Brome total, Carbone organique total, Chlore total, Chlore combiné, Chlore libre, Chlore disponible, Chlore libre actif, Chlorures, Ozone, pH, Température et Transparence. Cette possibilité de réduction de la fréquence de contrôle garantit *a minima* 6 prélèvements par an (au lieu de 8). Ainsi, il est possible de réduire d'un facteur 2 la fréquence du programme de prélèvements et d'analyses du contrôle sanitaire pour 1 trimestre sur 2.

Par exemple : 1 prélèvement réalisé en janvier et 1 en mars pour le trimestre 1 (T1), puis 1 en mai pour le T2, puis 1 en juillet et 1 en septembre pour le T3 et 1 en novembre pour le T4. Ou bien, 1 prélèvement réalisé en février pour le T1, puis 1 en avril et 1 en juin pour le T2, puis 1 en août pour le T3 et 1 en octobre et 1 en décembre pour le T4.

A titre d'exemple, sont considérés constants, les résultats d'analyses respectant les limites de qualité et les références de qualité réalisés sur une année entière. Un dépassement des références de qualité sur certains paramètres est toléré, s'il est sans impact sur la santé des baigneurs. La définition de ces critères est laissée à l'appréciation de l'ARS qui se base sur ses connaissances des installations.

L'article 3 de l'arrêté du 26 mai 2021 relatif au contrôle sanitaire et à la surveillance des eaux de piscine précise que **la fréquence de la surveillance** réalisée par la PRP peut être réduite d'un facteur 2, pour les paramètres de terrain. Cela concerne les piscines de type A et B équipées de régulateurs en continu des valeurs de potentiel hydrogène (pH) et de chlore, et sous réserve que les mesures qu'ils effectuent soient représentatives de la qualité de l'eau dans les bassins.

En cas de risque de dégradation de la qualité de l'eau, le directeur général de l'ARS peut modifier le contenu des analyses du contrôle sanitaire ou de la surveillance, en demandant des prélèvements ou des analyses en sus des paramètres figurant en annexe de l'arrêté du 26 mai 2021 relatif au contrôle sanitaire et à la surveillance des eaux de piscine. Les signes de dégradation de la qualité de l'eau sont définis au 2° du II de l'article 2 de ce même arrêté :

- La qualité de l'eau du bassin ne respecte pas les limites de qualité ou ne satisfait pas aux références de qualité fixées par l'arrêté mentionné à l'article D. 1332-2 du code de la santé publique ;
- L'eau alimentant le bassin présente des signes de dégradation ;
- La qualité de l'eau alimentant le bassin ne respecte pas les limites de qualité ou ne satisfait pas aux références de qualité fixées par l'arrêté mentionné au V de l'article D. 1332-10 du code de la santé publique ;
- Certaines personnes présentent des troubles ou les symptômes d'une maladie en relation avec la fréquentation de la piscine ;
- Une substance ou un micro-organisme, pour lequel aucune limite ou référence de qualité n'a été fixée, peut être présent en quantité ou en nombre susceptible de constituer un danger potentiel pour la santé des personnes.

Lorsque des bassins sont liés entre eux par le même réseau hydraulique ou lorsque différentes zones de bain coexistent au sein du même bassin, il est possible d'adapter localement la fréquence du contrôle sanitaire (soit réaliser autant d'analyses que de bassins ou de zones de bain, soit réaliser 1 analyse qui sera représentative de la qualité de l'ensemble du réseau). Ce choix est laissé à l'appréciation de l'ARS qui se base sur ses connaissances de l'établissement. Dans le cas des bassins dans lesquels l'eau ne peut pas se mélanger (bassins imbriqués délimités ou bassins en cascade se déversant dans un autre bassin), il est recommandé de réaliser autant d'analyses que de bassins.

S'agissant de la possibilité pour le directeur général de l'ARS de modifier le contenu des analyses et/ou la fréquence des prélèvements d'échantillons d'eau et d'analyses dans le cadre du contrôle sanitaire : l'acte administratif traduisant une adaptation du contrôle sanitaire peut être une décision du directeur général de l'ARS, quand cette modification s'inscrit dans le temps (par exemple : un allègement) ou une simple notification. Le préfet peut alors être informé de cette décision par le directeur général de l'ARS, suivant les modalités d'échange entre ARS et préfet fixées dans les protocoles Préfet-ARS.

#### **1.4. Limites et références de qualité**

La nouvelle réglementation, notamment l'arrêté du 26 mai 2021 relatif aux limites et références de qualité des eaux de piscine définit des limites et des références de qualité pour des paramètres microbiologiques et physico-chimiques.

De nouveaux paramètres microbiologiques (ex : entérocoques intestinaux) et physico-chimiques (ex : COT, température, THM) ont été ajoutés et certaines exigences de qualité ont été complétées (ex : chlore disponible).

S'agissant de la température, il peut être nécessaire de recommander de maintenir ce paramètre à un certain seuil pour certaines activités, comme par exemple l'activité « bébés nageurs » : le rapport de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset) de juin 2010 sur les risques sanitaires liés aux piscines recommande une température minimale de 32°C en raison de l'imperfection du système de thermorégulation de ce jeune public.

S'agissant du paramètre THM, une référence de qualité a été définie à 100 µg/L pour les bassins autres que les bains à remous et s'applique à compter de l'entrée en vigueur des textes jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2025, date à laquelle, une limite de qualité remplacera la référence de qualité. Cette mesure permet aux bassins présentant actuellement des teneurs en THM supérieures à 100 µg/L de se mettre en conformité. Pour les bains à remous, une référence de qualité a été définie à 20 µg/L et s'applique à compter de l'entrée en vigueur des textes et une limite de qualité de 100 µg/L s'appliquera à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2025. Les ARS sont invitées à alerter les PRP, en cas de dépassement de la référence de qualité qui deviendra une limite de qualité à compter de 2025.

#### **1.5. Gestion des non conformités**

Conformément à l'article D. 1332-11 du code de la santé publique, en cas de dépassement des références ou des limites de qualité définies par arrêté, la PRP est tenue de déterminer la cause du dépassement de seuil et de mettre en place des mesures correctrices pour rétablir la qualité de l'eau. Une procédure de gestion est établie par la PRP.

En cas de non conformités récurrentes (à titre d'exemple, à partir de 3 contrôles sanitaires consécutifs), il peut être envisagé d'augmenter la fréquence des prélèvements d'échantillons d'eau et d'analyses à effectuer dans le cadre du contrôle sanitaire et de la surveillance, et de prévoir également une inspection de l'établissement.

Conformément aux dispositions des articles L. 1332-4 et D. 1332-11 du CSP, lorsqu'il est estimé que l'eau de piscine ou l'hygiène de l'établissement présente un risque pour la santé des personnes ou que le bon fonctionnement des installations n'est pas assuré de manière permanente, et que les limites et les références de qualité aient été ou non respectées ou satisfaites, le préfet peut demander à la PRP, après en avoir été informé par le DGARS, l'interdiction de l'accès au bassin ou la prise de toute autre mesure nécessaire pour protéger la santé des personnes.

En application de l'article L. 1332-4 du CSP, en cas d'inobservation des mesures prescrites, le préfet peut, sur rapport du DGARS, mettre en demeure le PRP d'y satisfaire dans un délai déterminé.

En dernier recours, conformément à l'article L. 1337-1 du code de la santé publique, en cas d'inexécution de la mise en demeure ou de persistance des non conformités, la suspension de l'exploitation des installations peut être décidée par arrêté préfectoral, jusqu'à exécution des conditions imposées. L'arrêté préfectoral fixe l'obligation à la PRP de fournir la preuve que les normes de qualité réglementaires peuvent à nouveau être respectées en permanence.

La réouverture de la piscine ou du bassin ne pourra être effectuée qu'après abrogation de l'arrêté préfectoral, sur la base d'un rapport du directeur général de l'ARS :

- évaluant la nature des preuves fournies par la PRP attestant que les exigences de qualité réglementaires peuvent à nouveau être respectées en permanence ;
- attestant de la conformité de l'eau du bassin, au regard des dernières analyses du contrôle sanitaire de la qualité de l'eau diligentées par l'ARS.

#### **1.6. Alimentation des bassins en eau autre que l'eau destinée à la consommation humaine**

L'article D. 1332-4 du code de la santé publique définit l'eau neuve, l'eau recyclée et l'eau d'alimentation du bassin.

L'alimentation en eau neuve des bassins est assurée à partir d'un réseau public de distribution ou, à titre exceptionnel, à partir d'une eau prélevée dans le milieu naturel. L'alimentation du bassin assurée à partir d'une eau prélevée dans le milieu naturel fait l'objet d'une autorisation par arrêté préfectoral.

La réglementation prévoit une régularisation pour l'ensemble des bassins alimentés par une eau prélevée dans le milieu naturel au 31 décembre 2021. Un arrêté du préfet de département fixe la liste des piscines et des alimentations en eau existantes à cette date. Ainsi, sont concernées par cette régularisation : les alimentations existantes et autorisées ainsi que les alimentations existantes non autorisées mais connues de l'Administration (à savoir celles ayant fait l'objet de prélèvements et d'analyses), au 31 décembre 2021.

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022, lorsque l'eau d'alimentation provient d'une autre origine que le mélange d'eau neuve et d'eau recyclée définies au I. de l'article D. 1332-4 du code de la santé publique, un dossier d'autorisation doit être constitué par la PRP. Le contenu du dossier est détaillé à l'annexe 1 de l'arrêté du 26 mai 2021 relatif à l'utilisation d'une eau ne provenant pas d'un réseau de distribution d'eau destinée à la consommation humaine pour l'alimentation d'un bassin de piscine, pris en application des articles D. 1332-4 et D. 1332-10 du code de la santé publique. A l'annexe 2 sont définies les limites et références de qualité des paramètres microbiologiques et physico-chimiques pour l'eau prélevée dans le milieu naturel. A l'annexe 3, sont définies les limites et références de qualité des paramètres microbiologiques et physico-chimiques pour l'eau destinée à alimenter le dispositif de traitement.

L'eau prélevée dans le milieu naturel avant tout traitement fait l'objet d'une autorisation préfectorale et d'une surveillance par la personne responsable de la piscine une fois tous les 5 ans. Dans le cas des piscines thermo ludiques ou de remise en forme alimentées par de l'eau minérale naturelle (eau « thermale »), les prélèvements et analyses réalisés à la ressource au titre de l'arrêté du 22 octobre 2013 susmentionné, peuvent être pris en compte pour tout ou partie, pour ce qui correspond aux dispositions prévues à l'annexe III.A de l'arrêté du 26 mai 2021 relatif au contrôle sanitaire et à la surveillance des eaux de piscine pris en application des articles D. 1332-1 et D.1332-10 du code de la santé publique.

L'eau destinée à alimenter le dispositif de traitement fait l'objet d'un contrôle sanitaire une fois par an pour les piscines de type A et B et d'une surveillance par la personne responsable de la piscine une fois par an pour les piscines de type C et D.

En cas de non-conformité, l'alimentation du bassin est réalisée par le mélange d'eau neuve, provenant du réseau d'adduction en eau potable et d'eau recyclée.

La liste des paramètres mentionnés à l'annexe 2 et 3 de l'arrêté du 26 mai 2021 relatif à l'utilisation d'une eau ne provenant pas d'un réseau de distribution d'eau destinée à la consommation humaine pour l'alimentation d'un bassin de piscine, peut être modifiée par des prélèvements et analyses portant sur des paramètres supplémentaires en fonction de la nature ou de la qualité de l'eau de la ressource. La fréquence du contrôle sanitaire peut également être augmentée.



## 2. Prescriptions techniques applicables aux eaux de piscine

### 2.1. Dispositifs de reprise, recyclage et vidange de l'eau

#### 2.1.1. Reprise de surface de plan d'eau

L'article 4 de l'arrêté du 7 avril 1981 modifié fixant les dispositions techniques applicables aux piscines prévoit l'élimination ou la reprise en continu de la couche d'eau superficielle des bassins, pour au moins 50 % des débits de recyclage, par un dispositif situé à la surface. Les écumeurs de surface ne peuvent être installés que dans les bassins dont la superficie du plan d'eau est inférieure ou égale à 200 mètres carrés.

Cet article prévoit également l'installation d'un écumeur de surface (souvent appelé skimmer) :

- Tous les 50 m<sup>2</sup> de plan d'eau au niveau des bassins dont la surface est :
  - inférieure ou égale à 100 m<sup>2</sup> ;
  - supérieure à 100 et inférieure ou égale à 200 m<sup>2</sup> et pour lesquels une régulation automatique de la désinfection et du pH est mise en place.
- Tous les 25 m<sup>2</sup> de plan d'eau au niveau :
  - des bassins dont la surface de plan d'eau est supérieure à 100 m<sup>2</sup> et inférieure ou égale à 200 m<sup>2</sup>, sans mise en place d'une régulation automatique de la désinfection et du pH ;
  - des pataugeoires ;
  - des bains à remous.

Dans le cadre de l'étude de projet de construction d'une piscine, il peut être prévu d'installer au moins un écumeur de surface tous les 25 m<sup>2</sup> de plan d'eau, afin de limiter les risques de dégradation de la qualité de l'eau. Par exemple :

- pour s'assurer de disposer d'une capacité d'évacuation de l'eau en surface suffisante et garantir une reprise constante et régulière de la surface du plan d'eau ;
- afin de prendre en compte les pics de fréquentation ;
- si des activités telles que les bébés nageurs et/ou l'aquagym sont pratiquées dans le bassin.

#### 2.1.2. Modalités de recyclage de l'eau

La nouvelle réglementation distingue :

- les piscines existantes avant l'entrée en vigueur des textes soit le 1<sup>er</sup> janvier 2022 (I-A de l'article 4 bis de l'arrêté du 7 avril 1981 modifié fixant les dispositions techniques applicables aux piscines) pour lesquelles la durée de recyclage de l'eau est inchangée par rapport à la réglementation précédente, à l'exception des bains à remous ;
- des piscines dont l'ouverture au public est postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022 ou des piscines dont l'ouverture initiale a lieu avant cette date et faisant l'objet d'une rénovation des dispositifs d'alimentation ou d'évacuation d'eau après le 1<sup>er</sup> janvier 2022 (I-B de l'article 4 bis du 7 avril 1981 modifié fixant les dispositions techniques applicables aux piscines).



**Tableau 1 : Durées de recyclage de l'eau de piscine en fonction du type de bassin**

	Piscines existantes au 31/12/2021	Piscines ouvertes à partir du 01/01/2022 ou piscines existantes ayant fait l'objet d'une rénovation des dispositifs d'alimentation / évacuation d'eau à compter du 1 <sup>er</sup> janvier 2022
<i>Bassin de plongeon ou fosse de plongée subaquatique</i>	<b>8h</b>	<b>8h</b>
<i>Pataugeoire</i>	<b>0h30</b>	<b>0h15</b>
<i>Bassin individuel sans remous</i>	-	<b>0h30</b>
<i>Bain à remous dont le volume est &gt; ou = 10 m<sup>3</sup></i>	<b>0h30</b>	<b>0h30</b>
<i>Bain à remous dont le volume est &lt; 10 m<sup>3</sup></i>	<b>0h15</b>	<b>0h15</b>
<i>Autres bassins ou parties de bassins de profondeur &lt; ou = 1,50 m</i>	<b>1h30</b>	<b>1h30</b>
<i>Autres bassins ou parties de bassins de profondeur &gt; 1,50 m</i>	<b>4h</b>	<b>4h</b>
<i>Bassins de réception de toboggan et zones d'arrivée du toboggan</i>	-	<b>1h</b>

L'article 4bis de l'arrêté du 7 avril 1981 modifié fixant les dispositions techniques applicables aux piscines introduit la possibilité de réduire de 25 % le débit d'eau filtrée et désinfectée, uniquement en période de fermeture journalière.

### 2.1.3. Fréquence de vidange des bassins

Des ajustements sur la fréquence de vidange des bassins ont été apportés dans l'arrêté du 7 avril 1981 modifié fixant les dispositions techniques applicables aux piscines, à l'article 11, en fonction du type de bassin :

- 1 fois par semaine : pour les bassins individuels ;
- 2 fois par mois : pour les baignoires et les baignoires dont le volume est inférieur à 10 m<sup>3</sup> ;
- 2 fois par an : pour les pataugeoires et les baignoires dont le volume est supérieur ou égal à 10 m<sup>3</sup> ;
- 1 fois par an : pour les autres bassins.

La vidange est accompagnée d'un nettoyage et d'une désinfection complète des bassins. La PRP avertit l'ARS au moins sept jours avant d'effectuer les vidanges périodiques, à l'exception des baignoires dont le volume est inférieur à 10 m<sup>3</sup> et des bassins individuels.

Sur la base des résultats du contrôle sanitaire et/ou de la surveillance, des vidanges supplémentaires pourront être réalisées.

#### 2.1.4. Accès aux plages

Les prescriptions techniques concernant les accès aux plages s'appliquent aux établissements :

- existants avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022, dont la superficie totale des bassins est supérieure ou égale à 240 m<sup>2</sup> ;
- ouverts après le 1<sup>er</sup> janvier 2022, à l'exception des piscines d'habitations collectives ou individuelles, des piscines dont la FMT est inférieure ou égale à 15, des piscines des hébergements touristiques marchands dont la capacité (de l'établissement) est inférieure ou égale à 15, des bassins individuels et sans remous fréquentés par un seul utilisateur à la fois et dont l'eau n'est pas vidangée après chaque utilisateur, des établissements comprenant uniquement des bassins individuels, des bains à remous dont le volume est inférieur à 10 m<sup>3</sup> ou des pataugeoires ;
- ayant réalisé une réhabilitation de l'accès aux plages après le 1<sup>er</sup> janvier 2022, à l'exception des piscines d'habitations collectives ou individuelles, des piscines dont la FMT est inférieure ou égale à 15, des piscines des hébergements touristiques marchands dont la capacité (de l'établissement) est inférieure ou égale à 15, des bassins individuels et sans remous fréquentés par un seul utilisateur à la fois et dont l'eau n'est pas vidangée après chaque utilisateur, des établissements comprenant uniquement des bassins individuels, des bains à remous dont le volume est inférieur à 10 m<sup>3</sup> ou des pataugeoires.

Ces prescriptions, prévues à l'article D. 1332-8 du code de la santé publique, concernent notamment les pédiluves et les rampes d'aspersion pour pieds et prévoient :

- une désinfection de l'eau avec un taux de chlore libre ou de chlore disponible supérieur à 5 mg/L ;
- l'évacuation des eaux issues du pédiluve ou des rampes d'aspersion sans possibilité de les recycler et de les réutiliser ;
- une vidange quotidienne.

La vidange de ces installations s'accompagne d'un nettoyage quotidien.

#### 2.2. **Procédés de filtration membranaire et réutilisation des eaux de lavage / contre-lavage des filtres**

L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) a été saisie le 20 février 2018 par le ministère chargé de la santé d'une demande d'avis sur les procédés membranaires utilisés pour le traitement des eaux de piscine. Les travaux menés par l'Anses<sup>2</sup> ont permis de clarifier les éléments de performance, les conditions d'usage, les limitations spécifiques aux différentes familles de procédés membranaires pouvant être utilisés pour la filtration des filières de traitement, principalement pour les eaux alimentant les bassins, et également pour le traitement des eaux de rétro-lavage de filtre. Une synthèse de ces travaux est présentée ci-après.

---

<sup>2</sup> Anses - Rapport d'expertise collective sur l'utilisation des procédés membranaires pour la filtration des eaux de piscine (mai 2020) : <https://www.anses.fr/fr/system/files/EAUX2018SA0034Ra.pdf>

En remplacement des procédés communément utilisés (filtres à sable, à diatomite, à verre), les procédés membranaires (tels que les membranes de nanofiltration, ultrafiltration ou microfiltration) peuvent être installés pour permettre notamment un rendement optimal de la filtration (baisse de la fréquence de lavage des filtres, diminution de la consommation d'eau). Cependant, dans l'objectif d'éliminer les sous-produits de désinfection (SPD) et leurs précurseurs, il est recommandé d'avoir recours à la mise en place d'un procédé hybride (couplage de plusieurs traitements et en particulier un couplage avec du charbon actif). Ces traitements complémentaires permettent de surcroît de préserver les caractéristiques des membranes.

**Tableau 2 : Caractéristiques des procédés membranaires**

Type de membrane	Elimination	Nature de l'eau	Filtration de l'eau	Couplage
<b>Nanofiltration</b>	Matière en suspension (MES), micro-organismes, composés inorganiques, composés organiques de masse moléculaire supérieure à 250 Da et inférieure à 2000 Da, sels dissous multivalents	Eau destinée à la consommation humaine (EDCH)		Couplage avec traitement au charbon actif en grain (CAG) en aval pour élimination des SPD
<b>Ultrafiltration</b>	Totale : MES, micro-organismes  Partielle : composés inorganiques, organiques de masses moléculaires supérieures à 60-70kDa	EDCH Eau de mer	Préfiltration et prétraitement conseillés  Coagulation non préconisée  Risque d'abrasion des membranes céramiques si couplées avec charbon actif en poudre (CAP) en amont	Si l'objectif est l'élimination des SPD, couplage avec traitement CAG en aval.  Le couplage avec le CAP en amont est envisageable uniquement si les membranes sont organiques.
<b>Microfiltration</b>	Totale : MES, bactéries  Partielle : Virus	EDCH Eau de mer (*)	Préfiltration et prétraitement conseillés  Coagulation non préconisée  Risque d'abrasion des membranes céramiques si couplées avec CAP en amont	Couplage avec traitement CAG en aval ou CAP en amont (uniquement si membranes organiques) pour élimination des SPD.

(\*) Conformément à l'avis Anses suscité, les membranes d'ultrafiltration (UF) et de microfiltration (MF) peuvent être utilisées pour la filtration d'eau de mer mais le risque de colmatage sera plus important avec les membranes de MF.

Les membranes de nanofiltration ou d'ultrafiltration présentent les caractéristiques techniques les plus adaptées pour **la réutilisation des eaux de lavage de filtres**. Afin d'optimiser la filtration des eaux de lavage de filtres par ces procédés membranaires, il est recommandé que l'eau de lavage des filtres soit rejetée dans le réseau des eaux usées pendant 1 à 2 minutes en début de cycle de lavage, de manière à s'assurer que l'eau la plus chargée en matière organique soit évacuée. Les experts préconisent ensuite de préfiltrer l'eau à 200 µm avant qu'elle ne soit filtrée par le système membranaire. L'eau est alors soit :

- conservée dans une bêche en vue de sa réutilisation pour le lavage des filtres ;
- chlorée puis envoyée dans le bac tampon en tant qu'eau d'appoint (considérée comme une eau recyclée au sens de l'article D. 1332-4 du CSP).

## 2.3. **Produits et procédés de traitement des eaux de piscine**

### 2.3.1. *Informations générales sur la réglementation biocide*

Les produits biocides sont soumis au règlement (UE) n° 528/2012 sur les produits biocides dont l'objectif est d'assurer un niveau de protection élevé de l'Homme, des animaux et de l'environnement en limitant la mise sur le marché aux seuls produits biocides efficaces et ne présentant pas de risques inacceptables. L'autorisation des produits biocides est délivrée au niveau national ou au niveau européen. Seuls les produits biocides contenant des substances actives inscrites sur les listes positives ou en cours d'évaluation peuvent faire l'objet d'une demande d'autorisation de mise sur le marché (AMM).

Les types de produits utilisés en piscines ouvertes au public concernent les désinfectants et produits algicides non destinés à l'application directe sur des êtres humains ou des animaux (usage TP2).

La liste des substances actives évaluées ou en cours d'évaluation pour l'usage TP2 est disponible en ligne sur le site de l'Agence européenne des produits chimiques (ECHA : <https://echa.europa.eu/fr/information-on-chemicals/biocidal-products>).



En application de la réglementation « biocides », le brome pur ne peut plus être utilisé depuis 2010 pour la désinfection des eaux des piscines publiques ou privées à usage collectif.

### 2.3.2. *Autorisation des produits et procédés de traitement au niveau national*

En application de l'article 5 de l'arrêté du 7 avril 1981 modifié relatif aux dispositions techniques applicables aux piscines, les produits et les procédés de désinfection, les produits utilisés comme stabilisants du chlore, ainsi que les procédés utilisés pour diminuer le taux de chloramines dans l'eau font l'objet d'une autorisation d'utilisation délivrée par l'Anses, depuis le 1<sup>er</sup> mars 2021. La liste des produits ou procédés de traitement des eaux de piscine autorisés selon les modalités définies à l'article D. 1332-3 du CSP sera publiée ultérieurement par le ministre chargé de la santé dans un avis au Journal officiel de la République française (JORF). Dans cette attente, la liste des produits et procédés de désinfection et de déchloration des eaux de piscines autorisés est mise à la disposition des ARS sur le RESE :

<http://rese.intranet.sante.gouv.fr/santenv/interven/piscine/produits/index.htm>

Conformément à l'article 8 de l'arrêté du 7 avril 1981 modifié relatif aux dispositions techniques applicables aux piscines, ces dispositions ne concernent pas le traitement de l'eau :

- des piscines d'ensemble d'habitations collectives ou individuelles et réservées à l'usage du personnel ou des résidents ;
- des piscines dont la fréquentation maximale théorique est inférieure ou égale à 15 personnes ;
- des piscines des hébergements touristiques marchands dont la capacité d'accueil est inférieure ou égale à 15 personnes ;
- des bassins individuels sans remous.



Les piscines réparties en fonction de la nature de l'établissement, qui relèvent du type B (exemple : piscines des établissements de santé et médico-sociaux et des cabinets de kinésithérapie), ne sont pas concernées par les exemptions susvisées, quand bien même leur fréquentation maximale théorique serait inférieure ou égale à 15 personnes. Ces piscines doivent donc utiliser des produits et procédés de traitement autorisés par l'Anses.

#### Précisions sur l'électrolyse :

Les substances actives biocides produites *in situ* sont produites à partir d'un ou plusieurs précurseurs sur le lieu de leur utilisation. L'approbation d'une telle substance requiert l'évaluation de la substance active produite et du/des précurseur(s) à partir duquel/desquels elle a été générée.

Les procédés basés sur l'électrolyse *in situ* peuvent être utilisés sans nécessiter au préalable d'autorisation délivrée par l'Anses, dès lors :

- qu'ils sont indépendants du circuit d'eau de la piscine ;
- qu'ils permettent de stocker le produit désinfectant, ayant déjà été autorisé au préalable en quantité et en qualité suffisante pour assurer en permanence la désinfection de l'eau des bassins ;
- que l'injection des produits chimiques ne se fait pas directement dans les bassins ;
- que le dispositif d'injection qui assure si nécessaire une dissolution, est asservi au fonctionnement des pompes de recyclage de l'eau des bassins concernés (sauf exclusions prévues au IV de l'article 6 de l'arrêté du 7 avril 1981 modifié relatif aux dispositions techniques applicables aux piscines) ;
- que toutes précautions sont prises pour le stockage des produits et leur manipulation.

Si le procédé par électrolyse ne satisfait pas les conditions présentées précédemment, il appartient à la personne le commercialisant de déposer auprès de l'Anses un dossier de demande d'autorisation portant sur l'efficacité et l'innocuité de ce procédé.

#### *2.3.3. Procédés de déchloramination destinés à réduire les teneurs en chlore combiné des eaux de piscine*

L'arrêté du 26 mai 2021 relatif aux limites et références de qualité des eaux de piscine pris en application de l'article D. 1332-2 du code de la santé publique fixe une limite de qualité à 0,6 mg/L pour le paramètre « chlore combiné » (correspondant à la différence entre « chlore total » et « chlore disponible »), lors de l'utilisation de produits chlorés employés pour la désinfection des eaux de piscine.

Le chlore combiné présent dans l'eau des bassins est formé par la réaction du chlore (issu des produits chlorés employés pour la désinfection des eaux de piscine) avec les composés organiques azotés apportés par les baigneurs (phanères, squames, urine, sueur). Le chlore combiné est constitué en partie de chloramines minérales et organiques. A certains seuils, et particulièrement pour les personnes régulièrement exposées, les chloramines (et notamment la trichloramine) contenues dans le chlore combiné sont irritantes pour les yeux, les muqueuses et l'appareil respiratoire. Depuis 2003, « *les travaux exposant aux dérivés aminés des produits chlorés tels que la chloramine dans les piscines* » figurent dans le tableau des maladies professionnelles « *rhinites et asthmes professionnels* », annexé au livre IV du code de la sécurité sociale (par décret n° 2003-110 du 11 février 2003).

En conséquence, il est rappelé qu'il convient de :

- de porter une attention particulière aux teneurs en chlore combiné mesuré dans l'eau des bassins ;
- de rappeler aux PRP les règles d'hygiène qui doivent être respectées par les baigneurs, ces dernières devant figurer dans le règlement intérieur de l'établissement. En particulier, le respect des zones de déchaussage et des précautions d'hygiène intime avant la baignade, l'absence d'utilisation de produits cosmétiques, l'obligation de prendre une douche savonnée et de passage par le pédiluve doivent être scrupuleusement mises en œuvre afin de diminuer les teneurs en matières organiques à l'origine de la création de chlore combiné. De plus, il est recommandé l'utilisation d'un maillot de bain exclusivement réservé à cet effet et le port de bonnet de bain. L'information du public aux règles d'hygiène corporelle et aux risques de contamination inter-baigneurs, par des messages clairs et adaptés, soulignant leur intérêt au regard de la santé publique, conduisent à une meilleure application des consignes édictées ;
- en cas de résultats analytiques supérieurs à la limite de qualité réglementaire (0,6 mg/L), de vous assurer de la mise en œuvre par la PRP des mesures correctives nécessaires afin de rétablir la conformité de l'eau de piscine et des dispositions nécessaires afin de protéger les baigneurs pendant la période nécessaire au retour à la conformité de l'eau.

Plusieurs facteurs contribuent à diminuer les teneurs en chlore combiné dans l'eau, notamment :

- la limitation de la fréquentation des bassins ;
- l'augmentation des taux de renouvellement en eau ;
- la ventilation du bac tampon de recyclage des eaux ;
- l'efficacité du système de filtration ;
- la ventilation de l'air intérieur des bâtiments (compte tenu des transferts eau - air) ;
- la conception des vestiaires qui devraient délimiter les espaces dans lesquels le baigneur est pieds nus, des espaces dans lesquels celui-ci est chaussé.

Conformément aux dispositions des articles L. 1322-4 et D. 1332-11 du CSP, la PRP peut être enjoindre à interdire l'accès au bassin jusqu'au retour à une situation normale, en cas de teneurs en chlore combiné très élevées.

#### **2.4. Piscines faisant l'objet de travaux de mises aux normes**

Les piscines dont l'ouverture au public est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022 et faisant l'objet de travaux de mise aux normes de leurs installations sont soumises aux dispositions suivantes, par opposition à celles également ouvertes avant cette date mais ne faisant pas l'objet de tels travaux :

- les piscines faisant l'objet d'une réhabilitation des dispositifs d'alimentation ou d'évacuation d'eau, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022 sont soumises aux durées de cycle de l'eau mentionnées au I-B de l'article 4 bis du 7 avril 1981 modifié fixant les dispositions techniques applicables aux piscines (cf. tableau 1) ;

- les établissements procédant à une réhabilitation de l'accès aux plages, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022 (à l'exception de ceux comprenant uniquement des bassins individuels, des bains à remous dont le volume est inférieur à 10 m<sup>3</sup> ou des pataugeoires) sont soumis aux dispositions de l'article D. 1332-8 du CSP, concernant l'installation de pédiluves ou de rampes d'aspersion et l'information des baigneurs de prendre une douche savonnée avant l'accès au bassin ;
- les piscines faisant l'objet d'une rénovation des sols à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022 sont soumises aux dispositions prévues à l'article D. 1332-9 du CSP (nature et qualité des revêtements de sols autorisés, élaboration d'une procédure interne de nettoyage des surfaces par la PREP).

### 3. Exceptions réglementaires

La nouvelle réglementation, notamment le décret n° 2021-656 du 26 mai 2021 relatif à la sécurité sanitaire des eaux de piscine et l'arrêté du 7 avril 1981 modifié relatif aux dispositions techniques des piscines, prévoit pour certains bassins d'être exemptés de certaines dispositions.

**Tableau 3 : Liste des dispositions ne s'appliquant pas à certains bassins**

Bassins dispensés	Mesures concernées (références articles)
Pataugeoires ouvertes au public avant le 1 <sup>er</sup> janvier 2022	<b>[I et II de l'article 4 de l'arrêté du 7 avril 1981 modifié fixant les dispositions techniques applicables aux piscines]</b>
Bassins à vagues pendant la période de production des vagues	Reprise de l'eau en surface du bassin Conditions d'installation des dispositifs de reprise en fonctions de la superficie Capacité d'évacuation des dispositifs
Bassins individuels sans remous	<p><b>[2<sup>e</sup> alinéa du II et III de l'article D. 1332-4 du CSP]</b> Autorisation par arrêté préfectoral pour utiliser une autre origine de l'eau que celle du réseau public de distribution</p> <p><b>[D. 1332-6 du CSP]</b> Accès au bassin pour les personnes autres que les baigneurs</p> <p><b>[I à II de l'article D. 1332-7 du CSP]</b> FMT de la piscine FMI, FMJ de la piscine Affichage de la FMI et FMJ</p> <p><b>[D. 1332-8 du CSP]</b> Accès aux plages Installation des pédiluves ou rampes d'aspersion Information des baigneurs de prendre une douche savonnée avant l'accès au bassin</p> <p><b>[D. 1332-9 du CSP]</b> Revêtements de sols Procédure interne de nettoyage des surfaces</p> <p><b>[II de l'article 2 de l'arrêté du 7 avril 1981 modifié fixant les dispositions techniques applicables aux piscines]</b> Nettoyage, entretien et conception du bac tampon</p> <p><b>[II de l'article 3 de l'arrêté du 7 avril 1981 modifié fixant les dispositions techniques applicables aux piscines]</b> Installation de compteur totalisateur</p> <p><b>[I et II de l'article 4 de l'arrêté du 7 avril 1981 modifié fixant les dispositions techniques applicables aux piscines]</b> Reprise de l'eau en surface du bassin Conditions d'installation des dispositifs de reprise en fonctions de la superficie Capacité d'évacuation des dispositifs</p> <p><b>[II de l'article 6 de l'arrêté du 7 avril 1981 modifié fixant les dispositions techniques applicables aux piscines]</b> Dispositif d'injonction des produits de traitement asservi au fonctionnement des pompes</p>



<p>Piscines d'ensemble d'habitations collectives ou individuelles et réservées à l'usage du personnel ou des résidents</p> <p>Piscines dont la fréquentation maximale théorique est inférieure ou égale à 15 personnes</p>	<p><b>[2<sup>e</sup> alinéa du II et III de l'article D. 1332-4 du CSP]</b>  Autorisation par arrêté préfectoral pour utiliser une autre origine de l'eau que celle du réseau public de distribution</p> <p><b>[D. 1332-6 du CSP]</b>  Accès au bassin pour les personnes autres que les baigneurs</p> <p><b>[2<sup>e</sup> à 4<sup>e</sup> alinéas du I et II de l'article D. 1332-7 du CSP]</b>  FMI, FMJ de la piscine  Affichage de la FMI et FMJ</p> <p><b>[D. 1332-8 du CSP]</b>  Accès aux plages  Installation des pédiluves ou rampes d'aspersion  Information des baigneurs de prendre une douche savonnée avant l'accès au bassin</p> <p><b>[D. 1332-9 du CSP]</b>  Revêtements de sols  Procédure interne de nettoyage des surfaces</p> <p><b>[II de l'article 2 de l'arrêté fixant les dispositions techniques applicables aux piscines]</b>  Nettoyage, entretien et conception du bac tampon</p> <p><b>[II de l'article 3 de l'arrêté fixant les dispositions techniques applicables aux piscines]</b>  Installation de compteur totalisateur</p> <p><b>[Article 4 bis de l'arrêté du 7 avril 1981 modifié fixant les dispositions techniques applicables aux piscines]</b>  Fréquence de recyclage de l'eau</p> <p><b>[II de l'article 6 de l'arrêté du 7 avril 1981 fixant les dispositions techniques applicables aux piscines]</b>  Dispositif d'injonction des produits de traitement asservi au fonctionnement des pompes</p> <p><b>[Article 8 de l'arrêté du 7 avril 1981 modifié fixant les dispositions techniques applicables aux piscines]</b>  Conditions d'autorisation des produits et procédés de traitement des eaux de piscine</p>
--	--

<p>Piscines des hébergements touristiques marchands dont la capacité d'accueil est inférieure ou égale à 15 personnes</p>	<p><b>[2<sup>e</sup> alinéa du II et III de l'article D. 1332-4 du CSP]</b> Autorisation par arrêté préfectoral pour utiliser une autre origine de l'eau que celle du réseau public de distribution</p> <p><b>[D. 1332-6 du CSP]</b> Accès au bassin pour les personnes autres que les baigneurs</p> <p><b>[I et II de l'article D. 1332-7 du CSP]</b> FMT de la piscine FMI, FMJ de la piscine Affichage de la FMI et FMJ</p> <p><b>[D. 1332-8 du CSP]</b> Accès aux plages Installation des pédiluves ou rampes d'aspersion Information des baigneurs de prendre une douche savonnée avant l'accès au bassin</p> <p><b>[D. 1332-9 du CSP]</b> Revêtements de sols Procédure interne de nettoyage des surfaces</p> <p><b>[II de l'article 2 de l'arrêté fixant les dispositions techniques applicables aux piscines]</b> Nettoyage, entretien et conception du bac tampon</p> <p><b>[II de l'article 3 de l'arrêté fixant les dispositions techniques applicables aux piscines]</b> Installation de compteur totalisateur</p> <p><b>[Article 4 bis de l'arrêté du 7 avril 1981 modifié fixant les dispositions techniques applicables aux piscines]</b> Fréquence de recyclage de l'eau</p> <p><b>[II de l'article 6 de l'arrêté du 7 avril 1981 fixant les dispositions techniques applicables aux piscines]</b> Dispositif d'injonction des produits de traitement asservi au fonctionnement des pompes</p> <p><b>[Article 8 de l'arrêté du 7 avril 1981 modifié fixant les dispositions techniques applicables aux piscines]</b> Conditions d'autorisation des produits et procédés de traitement des eaux de piscine</p>
<p>Piscines des établissements ouverts avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022 et dont la superficie totale des bassins est inférieure à 240 mètres carrés, à moins qu'ils ne procèdent à une réhabilitation de l'accès aux plages à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022</p>	<p><b>[D. 1332-8 du CSP]</b> Accès aux plages Installation des pédiluves ou rampes d'aspersion Information des baigneurs de prendre une douche savonnée avant l'accès au bassin</p>
<p>Etablissements comprenant uniquement des bassins individuels, des bains à remous dont le volume est inférieur à 10 m<sup>3</sup> ou des patageoires</p>	
<p>Piscines ouvertes au public avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022, à moins qu'elles ne fassent l'objet d'une rénovation des sols à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022</p>	<p><b>[II de l'article D. 1332-9 du CSP]</b> Revêtements de sols</p>
<p>Piscines équipées d'un bac tampon ouvertes au public avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022, à moins qu'elles ne fassent l'objet d'une rénovation du bac tampon à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022</p>	<p><b>[II de l'article 2 de l'arrêté fixant les dispositions techniques applicables aux piscines]</b> Nettoyage, entretien et conception du bac tampon</p>

#### 4. Exemples d'établissements répartis selon leur FMT ou leur nature et appartenance à un type de piscine

Type d'établissement		Nature de d'établissement	Type
<b>Piscines publiques</b>	municipales		<b>A, B ou C selon FMT</b>
	intercommunales		<b>A, B ou C selon FMT</b>
<b>Piscines privées</b>	Centres aquatiques		<b>A, B ou C selon FMT</b>
	Parcs de loisirs		<b>A, B ou C selon FMT</b>
	Ecole de natation		<b>A, B ou C selon FMT</b>
	Pataugeoires		<b>A, B ou C selon FMT</b>
	Centre de thalassothérapie / de remise en forme Etablissements thermaux (piscines thermales exclues)		<b>A ou B selon FMT</b>
	Clubs de sport		<b>A, B ou C selon FMT</b>
	Centres aérés / clubs nautiques		<b>A, B ou C selon FMT</b>
	ES et EMS		<b>B</b>
	Cabinets de kinésithérapie / ostéopathie / sages-femmes		<b>B</b>
	Résidences senior	Etablissements et services sociaux et médico-sociaux (au titre du 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles)	<b>B</b>
	Bassin situé dans un espace collectif d'un hébergement touristique marchand et pouvant être réservé par un client, sur un créneau horaire défini	Hébergement touristique marchand	<b>A, B ou D selon capacité d'accueil</b>
	Spas privés		<b>B</b>

Bain à remous d'une place		<b>B</b>
Bassin individuel et sans remous		<b>C</b>
Campings et parcs résidentiels de loisirs	Hébergement touristique marchand	<b>A ou B selon capacité d'accueil</b>
Hôtels / résidences hôtelières et de tourisme	Hébergement touristique marchand	<b>A, B ou D selon capacité d'accueil</b>
Centres de vacances	Hébergement touristique marchand	<b>A, B ou D selon la capacité d'accueil</b>
Copropriétés	Ensemble d'habitations collectives ou individuelles	<b>C, B en cas de présence d'un bain à remous</b>
Gîtes et chambres d'hôtes dont la capacité d'accueil est inférieure à 15	Hébergement touristique marchand	<b>D</b>
Gîtes et chambres d'hôtes dont la capacité d'accueil est inférieure à 15 et ayant 1 bain à remous	Hébergement touristique marchand	<b>D</b>
Ecole des fourriers armée de terre		<b>A, B ou C selon FMT</b>

Premier ministre  
Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées

**Arrêté du 28 octobre 2021 modifiant l'arrêté du 15 novembre 2018 portant nomination  
au conseil d'administration de l'Institut national de jeunes sourds de Paris**

NOR : SSAA2130516A

La secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre, chargée des personnes handicapées,

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

Vu l'arrêté du 15 novembre 2018 modifié portant renouvellement des membres nommés du conseil d'administration de l'Institut national de jeunes sourds de Paris,

Arrête :

Article 1<sup>er</sup>

Est nommée au conseil d'administration de l'Institut national de jeunes sourds de Paris :

Mme Fatiha HADDI, inspectrice de l'éducation nationale, en remplacement de Mme Véronique LAFARGE-VILLAIN.

Article 2

Le présent arrêté sera publié au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 28 octobre 2021.

Pour la secrétaire d'Etat et par délégation :  
La directrice générale de la cohésion sociale,  
Virginie LASSERRE

Premier ministre  
Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées

**Arrêté du 28 octobre 2021 prorogeant le mandat de membres du conseil  
d'administration de l'Institut national des jeunes sourds de Paris**

NOR : SSAA2130517A

La secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre, chargée des personnes handicapées,

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

Vu l'arrêté du 15 novembre 2018 modifié portant renouvellement des membres nommés du conseil d'administration de l'Institut national des jeunes sourds de Paris,

Arrête :

Article 1<sup>er</sup>

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

Article 2

Le présent arrêté sera publié au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 28 octobre 2021.

Pour la secrétaire d'Etat et par délégation :  
La directrice générale de la cohésion sociale,  
Virginie LASSERRE

Premier ministre  
Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées

**Arrêté du 28 octobre 2021 modifiant l'arrêté du 29 novembre 2018 portant nomination  
au conseil d'administration de l'Institut national de jeunes aveugles de Paris**

NOR : SSAA2130518A

La secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre, chargée des personnes handicapées,

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

Vu l'arrêté du 29 novembre 2018 modifié portant renouvellement des membres nommés du conseil d'administration de l'Institut national de jeunes aveugles de Paris,

Arrête :

Article 1<sup>er</sup>

Est nommée au conseil d'administration de l'Institut national de jeunes aveugles de Paris :

Mme Fatiha HADDI, inspectrice de l'éducation nationale, en remplacement de Mme Véronique LAFARGE-VILLAIN.

Article 2

Le présent arrêté sera publié au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 28 octobre 2021.

Pour la secrétaire d'Etat et par délégation :  
La directrice générale de la cohésion sociale,  
Virginie LASSERRE


**GOVERNEMENT**

Liberté  
Égalité  
Fraternité

**NOTE D'INFORMATION INTERMINISTÉRIELLE N° DGOS/PF2/DGS/PP2/DSS/1C/2021/215** du 29 octobre 2021 relative à la continuité des traitements initiés dans le cadre de l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) de cohorte de la spécialité SIRDALUD 4mg, comprimé sécable (tizanidine)

Le ministre des solidarités et de la santé  
Le ministre de l'économie, des finances et de la relance

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé

Copie à :

Mesdames et Messieurs les directeurs des établissements de santé

Monsieur le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie

Monsieur le directeur général de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole

Monsieur le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie

<b>Référence</b>	NOR : SSAH2131944N (numéro interne : 2021/215)
<b>Date de signature</b>	29/10/2021
<b>Emetteurs</b>	Ministère des solidarités et de la santé Direction générale de l'offre de soins Direction générale de la santé Ministère de l'économie, des finances et de la relance Direction de la sécurité sociale
<b>Objet</b>	Continuité des traitements initiés dans le cadre de l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) de cohorte de la spécialité SIRDALUD 4mg, comprimé sécable (tizanidine).
<b>Contacts utiles</b>	Direction générale de l'offre de soins Sous-direction pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins Bureau accès aux produits de santé et sécurité des soins (PF2) Personne chargée du dossier : Damien BRUEL Tél. : 01 40 56 61 69 Mél. : <a href="mailto:damien.bruel@sante.gouv.fr">damien.bruel@sante.gouv.fr</a>  Direction générale de la santé Sous-direction politique des produits de santé et qualité des pratiques et des soins Bureau du médicament (PP2) Personne chargée du dossier : Patrick CAYER-BARRIOZ Tél. : 01 40 56 53 13 Mél. : <a href="mailto:patrick.cayer-barrioz@sante.gouv.fr">patrick.cayer-barrioz@sante.gouv.fr</a>



	Direction de la sécurité sociale Sous-direction financement du système de soins Bureau des produits de santé (1C) Personne chargée du dossier : Mégane LESAIGNOUX Tél. : 01 40 56 51 18 Mél. : <a href="mailto:megane.lesaignoux@sante.gouv.fr">megane.lesaignoux@sante.gouv.fr</a>
<b>Nombre de pages et annexes</b>	4 pages
<b>Résumé</b>	<p>La spécialité SIRDALUD® 4mg, comprimé sécable (tizanidine) fait l'objet d'une ATU de cohorte, depuis mai 2014 et a bénéficié d'une prise en charge à ce titre dans le traitement de la spasticité due à des troubles neurologiques d'origine cérébrale ou médullaire en cas d'échec ou d'intolérance aux autres traitements antispastiques.</p> <p>La prise en charge a été interrompue le 25 septembre 2021 par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale publié au Journal officiel du 5 octobre 2021.</p> <p>L'objet de cette note d'information est de préciser les modalités de poursuite des traitements initiés au cours de l'ATU, à compter du 25 septembre 2021, pour cette spécialité dans l'indication susmentionnée.</p>
<b>Mention Outre-mer</b>	Ces dispositions s'appliquent dans les départements et régions d'Outre-mer, à Saint Barthélemy et à Saint Martin.
<b>Mots-clés</b>	SIRDALUD® - ATU - tizanidine.
<b>Classement thématique</b>	Pharmacie humaine.
<b>Textes de référence</b>	Articles L. 5121-12 du code de la santé publique et L. 162-16-5-4 du code de la sécurité sociale dans leurs versions antérieures au 1 <sup>er</sup> juillet 2021.
<b>Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP du 29 octobre 2021 – N° 74</b>	
<b>Document opposable</b>	Oui
<b>Déposée sur le site Légifrance</b>	Non
<b>Publiée au BO</b>	Oui
<b>Date d'application</b>	25 septembre 2021

## 1- Contexte

La spécialité Sirdalud® 4mg, comprimé sécable (tizanidine), a été autorisée au titre du dispositif de l'ATU de cohorte (ATUc) et a bénéficié d'une prise en charge au titre de cette ATUc, à partir du 5 mai 2014, dans le traitement de la spasticité due à des troubles neurologiques d'origine cérébrale ou médullaire en cas d'échec ou d'intolérance aux autres traitements antispastiques.

En application de l'article L. 5121-12 du CSP dans sa version antérieure au 1<sup>er</sup> juillet 2021, le laboratoire exploitant une spécialité pharmaceutique bénéficiant d'une ATU de cohorte doit déposer ou s'engager à déposer une demande d'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans un délai d'un an à compter de l'octroi de son ATU. A défaut, il peut être mis fin à la prise en charge associée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Or, le laboratoire exploitant, par une communication du 31 août 2021, a fait connaître qu'il renonçait à déposer une demande d'AMM pour ce médicament dans l'indication concernée.

Aussi la prise en charge dont la spécialité bénéficiait à ce titre a été interrompue par arrêté des ministres<sup>1</sup>.

Il a été mis fin à cette ATU par l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) et des produits de santé le 24 septembre 2021.

## 2- Continuité de traitement et prise en charge

Aux termes des dispositions de l'article L. 162-16-5-4 du code de la sécurité sociale (CSS) dans sa version en vigueur antérieurement au 1<sup>er</sup> juillet 2021, applicables aux ATU de cohorte en cours au 1<sup>er</sup> juillet 2021<sup>2</sup>, la prise en charge d'une spécialité pharmaceutique, pour une indication particulière, au titre du dispositif d'ATU, implique l'engagement par le laboratoire exploitant la spécialité de permettre d'assurer la continuité des traitements initiés en cas d'arrêt du dispositif pendant un délai déterminé. Le respect de cet engagement s'accompagne d'une prise en charge par l'Assurance maladie.

En conséquence, la continuité des traitements initiés par Sirdalud<sup>®</sup> 4mg, comprimé sécable au titre de l'indication de l'ATUc est assurée par le laboratoire Novartis dans les conditions suivantes :

- pour les patients nécessitant la poursuite de leur traitement par la tizanidine dès lors qu'il a été initié au titre de l'ATU,
- et pendant une durée d'un an à compter de l'arrêt de la prise en charge au titre de l'ATU, c'est-à-dire jusqu'au 24 septembre 2022.

La prise en charge associée de la spécialité au titre de cette continuité de traitements est assurée par l'Assurance maladie jusqu'au 24 septembre 2022.

Dans ces circonstances exceptionnelles et à titre dérogatoire pour assurer les traitements en cours tant que les patients en tirent un bénéfice, il est permis, à compter du 25 septembre 2021 et jusqu'au 24 septembre 2022 la fourniture, l'achat et l'utilisation de Sirdalud<sup>®</sup> 4mg, comprimé sécable par les établissements de santé dans l'indication de l'ATUc en l'absence d'agrément aux collectivités.

Les modalités de prise en charge et de codage qui s'appliquent à l'indication bénéficiant des continuités de traitement de la spécialité Sirdalud<sup>®</sup> 4mg, comprimé sécable dans la prise en charge de la spasticité seront précisées dans l'onglet « continuités de traitement ATU Post-ATU » du « Tableau des indications des spécialités prises en charge au titre du dispositif de l'accès précoce », mis en ligne sur le site internet du ministère des solidarités et de la santé<sup>3</sup>.

**Enfin , à compter du 24 septembre 2021, date de fin de l'ATUc fixée par l'ANSM<sup>4</sup>, aucun nouveau traitement ne pourra être initié au titre de l'ATUc.**

<sup>1</sup> Arrêté du 29 septembre 2021 relatif à l'arrêt de la prise en charge de spécialités pharmaceutiques au titre de l'article L. 162-16-5-1-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure au 1er juillet 2021.

<sup>2</sup> Article 78, IV-B de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

<sup>3</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/professionnels-de-sante/autorisation-de-mise-sur-le-marche/article/autorisation-d-acces-precoce-autorisation-d-acces-compassionnel-et-cadre-de>

<sup>4</sup> <https://ansm.sante.fr/tableau-atu-rtu/sirdalud-4-mg-comprime-secable>

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

**signé**

Jérôme SALOMON

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

**signé**

Franck VON LENNEP

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

**signé**

Cécile LAMBERT


**MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ**
*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**INSTRUCTION N° DGOS/R4/DGCS/3A/2021/233** du 19 novembre 2021 relative au déploiement des interventions des équipes mobiles de gériatrie hospitalières sur les lieux de vie des personnes âgées.

Le ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux  
des agences régionales de santé

<b>Référence</b>	NOR : SSAH2134587J (numéro interne 2021/233)
<b>Date de signature</b>	19/11/2021
<b>Emetteurs</b>	Ministère des solidarités et de la santé Direction générale de l'offre de soins Direction générale de la cohésion sociale
<b>Objet</b>	Déploiement des interventions des équipes mobiles de gériatrie hospitalières sur les lieux de vie des personnes âgées.
<b>Commande</b>	Coordonner le déploiement des équipes mobiles de gériatrie sur les lieux de vie des personnes âgées.
<b>Action à réaliser</b>	Coordonner et suivre le déploiement, sur les territoires, des équipes mobiles de gériatrie hospitalières au travers d'un financement des établissements de santé porteurs de ces équipes.
<b>Echéances</b>	Action poursuivie en 2022 et les années suivantes.
<b>Contacts utiles</b>	<p>Direction générale de l'offre de soins Sous-direction de la régulation de l'offre de soins Bureau des prises en charges post-aigües pathologies chroniques et santé mentale Personne chargée du dossier : Anne-Noëlle MACHU Tél. : 01 40 56 45 97 Mél. : <a href="mailto:anne-noelle.machu@sante.gouv.fr">anne-noelle.machu@sante.gouv.fr</a></p> <p>Direction générale de la cohésion sociale Sous-direction de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées Bureau de la prévention de la perte d'autonomie et du parcours de vie des personnes âgées Personne chargée du dossier : Nassim LARFA Tél. : 01 40 56 86 80 Mél. : <a href="mailto:nassim.larfa@sante.gouv.fr">nassim.larfa@sante.gouv.fr</a></p>

<b>Nombre de pages et annexes</b>	7 pages + 1 annexe de 6 pages ; Annexe : Cadre d'orientation des interventions des équipes mobiles de gériatrie sur les lieux de vie des personnes âgées.
<b>Résumé</b>	La présente instruction vise à soutenir les agences régionales de santé et les établissements de santé dans le déploiement des équipes mobiles de gériatrie (EMG) sur les lieux de vie des personnes âgées comme préconisé par le Ségur de la santé, en cohérence avec la réforme Grand âge et la stratégie de transformation du système de santé (STSS). Elle fournit un cadre d'orientation aux interventions des EMG en corollaire de nouveaux financements octroyés par le fonds d'intervention régional sur les années 2019-2022.
<b>Mention Outre-mer</b>	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle Calédonie, et de Wallis et Futuna.
<b>Mots-clés</b>	Personnes âgées, équipes mobiles de gériatrie, établissements de santé, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, parcours de santé.
<b>Classement thématique</b>	Etablissements de santé : organisation
<b>Textes de référence</b>	- CIRCULAIRE N° DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques ; - CIRCULAIRE N° SG/2020/65 du 21 avril 2020 relative aux modalités de mise en oeuvre du fonds d'intervention régional en 2020.
<b>Circulaire / instruction abrogée</b>	Néant
<b>Circulaire/instruction modifiée</b>	Néant
<b>Validée par le CNP le 26 novembre 2021 - Visa CNP 2021-144</b>	
<b>Document opposable</b>	Non
<b>Déposée sur le site Légifrance</b>	Non
<b>Publiée au BO</b>	Oui
<b>Date d'application</b>	Immédiate

Le soutien au domicile et la diversification des lieux de vie des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitent une adaptation du secteur sanitaire conjointement à celui du secteur médico-social. La structuration des soins de premier recours, le mouvement d'intégration des actions de l'aide et du soin et le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) participent de cette adaptation.

Afin de limiter les hospitalisations évitables et les hospitalisations en urgence des personnes âgées, la mesure 28 du Ségur de la santé portant sur « *une offre soins de ville-hôpital et médico-sociale des personnes âgées* » prévoit le développement de l'accès à l'expertise gériatrique hospitalière, au travers du déploiement des interventions des équipes mobiles de gériatrie (EMG) sur leur lieu de vie.

La crise sanitaire liée au Covid-19 a montré l'intérêt que constitue leur expertise au bénéfice des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou des autres établissements hébergeant des personnes âgées. Elles ont contribué également au soutien des professionnels intervenant auprès des personnes âgées au domicile.

La présente instruction a pour objet de fournir des éléments de cadrage pour appuyer le déploiement des interventions des EMG sur les lieux de vie des personnes âgées. Les dotations des fonds d'intervention régional (FIR) aux agences régionales de santé (ARS) ont été construites en 2019, 2020 et 2021 en prenant en compte la perspective de montée en charge des EMG.

### **1. Les objectifs poursuivis par le déploiement des interventions des EMG sur les lieux de vie des personnes âgées**

En 2020, 355 établissements de santé disposaient d'équipes mobiles de gériatrie (EMG). Majoritairement tournées vers l'appui aux services hospitaliers, 164 d'entre elles déclaraient en 2019 une activité extrahospitalière, représentant 15 % de leur activité.

Au-delà de leur rôle d'interface déjà préexistant entre les établissements de santé de la filière gériatrique et les acteurs de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes âgées, le déploiement des EMG sur leurs lieux de vie poursuit les principaux objectifs suivants :

1. Contribuer à l'évaluation gériatrique des personnes âgées présentant des situations complexes sur leur lieu de vie aussi bien au domicile qu'en EHPAD (y compris rattaché à un établissement de santé) et les autres lieux de résidence collectifs de type résidence autonomie, résidence service, sénior ou autres futurs lieux (EHPAD hors les murs, habitats inclusifs) ;
2. Contribuer à la limitation des ruptures de parcours des personnes âgées en articulation avec les dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes (DAC) et les équipes médico-sociales du département ;
3. Favoriser la limitation des passages aux urgences évitables des personnes âgées en aidant à anticiper les situations de crise (situation médico-sociale complexe, épuisement des aidants, etc) et en favorisant les admissions non programmées directes en service hospitalier ;
4. Renforcer la culture et les pratiques gériatriques des professionnels de premier recours et des acteurs du parcours de la personne âgée ;
5. Appuyer les professionnels des EHPAD dans la diffusion et l'appropriation des bonnes pratiques de soins, l'analyse des risques et la mise en place d'organisations favorisant ces bonnes pratiques. Cette mission s'articule avec les appuis territoriaux « personnes âgées » gériatriques sous la forme d'astreintes/plateformes personnes âgées, mises en place dans le cadre de la crise sanitaire Covid-19 et sont pérennisées ; elles contribuent aux réponses en urgence lors de crises sanitaires exceptionnelles ;
6. Renforcer les interfaces et les liens entre les établissements de santé avec hébergement ou d'HAD, les membres de la filière gériatrique, les services d'urgence, l'offre de psychiatrie de proximité et les professionnels du soin de ville, du secteur social et médico-social (établissements et services), ainsi que les acteurs spécialisés intervenant dans le parcours de santé des personnes âgées.

Les EMG utilisent notamment les moyens d'action suivants :

- Une évaluation, des conseils, un avis gériatrique pluridisciplinaires à la demande et à destination des médecins traitants et des professionnels et notamment des équipes de proximité ;
- Une facilitation de l'orientation dans la filière gériatrique hospitalière (hospitalisation de jour, accès à une consultation mémoire, unité cognitivo-comportementale) ; une diffusion de la culture gérontologique et un partage des connaissances avec les équipes des EHPAD et les professionnels des services médico-sociaux, sociaux en valorisant leurs compétences.

## 2. L'effectivité du déploiement des EMG sur les lieux de vie des personnes âgées

Vous vous attacherez sur l'année 2022 sur la base des financements alloués, et les années suivantes, à poursuivre le renforcement des EMG dans votre région afin de permettre le recours à une intervention de ces équipes sur les lieux de vie des personnes âgées en couvrant l'ensemble du territoire.

Afin d'accompagner ce déploiement, vous pourrez vous appuyer sur un cadre d'orientation de ces interventions (annexe de la présente instruction élaborée avec un groupe de travail associant des représentants des EMG, des médecins généralistes, des acteurs du domicile, des représentants des structures médico-sociales et de l'Agence nationale d'Appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).

### 2.1. Les conditions essentielles de ce déploiement

- *Assurer la pertinence des interventions des EMG :*
  - en déployant ces équipes en subsidiarité des acteurs du premier recours, des équipes des EHPAD, autres établissements et services médico-sociaux (ESMS) et des autres intervenants au domicile (HAD notamment) ;
  - en articulant systématiquement les actions des EMG avec l'ensemble des acteurs intervenant dans le parcours de la personne âgée et notamment les équipes des DAC existants ou en cours de construction (article L. 6327-1 et suivants du code de la santé publique) ;
  - en intégrant leur action comme levier des astreintes/plateformes « personnes âgées » gériatriques territoriales en appui aux EHPAD (voire au domicile) dans le cadre de leur pérennisation.
- *Favoriser le caractère pluri professionnel des EMG, privilégier les synergies et la complémentarité des expertises hospitalières mobiles* susceptibles d'intervenir soit en EHPAD ou autres ESMS soit au domicile. Les missions des équipes mobiles de soins palliatifs, de psychiatrie de la personne âgée ou de psychogériatrie, de soins de suite et de réadaptation (SSR) sont complémentaires de celles des EMG (évaluation, conseil et formation).
- *Privilégier les équipes mobiles intervenant à la fois en intra-hospitalier et sur les lieux de vie* afin de maintenir les liens entre les EMG et la filière hospitalière.
- *Inscrire l'EMG dans l'organisation de la filière gériatrique territoriale et la contractualisation de l'ARS avec l'établissement de santé* (ou les établissements de santé) porteur de l'EMG et le coordonnateur de la filière lorsque celui-ci est distinct.

### 2.2. Les modalités de ce déploiement

Ce déploiement peut s'effectuer par la transformation d'équipes devenant mixtes intra et extrahospitalières, ou, lorsque les ressources le permettent, par la création d'EMG dédiées à cette activité sur les lieux de vie. Il peut s'agir également de renforcer des EMG intervenant déjà sur les lieux de vie pour étendre leur activité.

Le déploiement procède d'une analyse territoriale de l'offre d'expertise déjà existante à domicile et en EHPAD qu'elle soit médico-sociale, hospitalière ou interne aux DAC, qu'elle soit par ailleurs gériatrique, de soins palliatifs, de rééducation ou impliquant la psychiatrie, des besoins ou territoires à couvrir.



Les EMG n'ont pas vocation à couvrir l'ensemble des besoins exprimés par les acteurs de proximité qui peuvent être pris en charge par d'autres modalités (consultations gériatriques, ou consultations mémoire, HDJ...).

Il conviendra d'être attentif aux besoins émanant d'acteurs tels que le service d'aide médicale urgente (SAMU) afin de relayer les conduites à tenir d'appel au Centre 15, de recours aux services des urgences et de recours aux filières d'admissions directes non programmées au sein des établissements de santé du territoire.

### Les modalités de déploiement :

#### *Définition d'une zone d'intervention des EMG sur les lieux de vie des personnes âgées :*

La zone d'intervention est le territoire sur lequel l'EMG est susceptible d'intervenir. Elle est définie de manière cohérente avec les territoires de parcours des personnes âgées tels que prévus dans les projets régionaux de santé.

Ces territoires sont articulés, d'une part, avec les territoires de structuration des soins primaires et des DAC, d'autre part, avec la filière gériatrique hospitalière. Ils sont cohérents avec les projets médicaux des groupements hospitaliers de territoire (GHT) et des établissements de santé indépendamment de leur statut.

Trois catégories de paramètres sont à prendre en compte pour la définition d'une zone d'intervention :

- Un paramètre populationnel (effectif de la population âgée de plus de 75 ans sur le territoire et nombre de places en EHPAD).  
Il doit ainsi être tenu compte, pour estimer l'activité cible ainsi que le service attendu des EMG :
  - Pour les EHPAD :  
Du nombre d'EHPAD pour estimer l'activité auprès des équipes ;  
Du nombre de résidents (une partie seulement d'entre eux seront susceptibles de nécessiter l'intervention d'une EMG) ;  
Sont intégrés le nombre d'autres ESMS collectifs hébergeant des personnes âgées ;
  - Pour le domicile : des personnes âgées présentant des risques particuliers (ex. : polymédication, dénutrition, etc), des personnes ne pouvant pas ou refusant d'accéder aux soins, ou en situation complexe (complexité médicale, avec perte d'autonomie, avec ou sans complexité sociale) et des équipes intervenant au domicile (croisement et accompagnement des pratiques) ;
- Les ressources humaines disponibles en gériatres, infirmiers dont infirmiers de pratiques avancées (IPA) notamment, mais également d'autres professionnels afin de constituer des équipes pluridisciplinaires (ergothérapeutes, psychologues, assistants sociaux etc.) ;
- Un paramètre de superficie à couvrir et de temps de déplacement pour réaliser des visites à domicile (éloignement, durée de transport).

#### *Processus de déploiement ou de renforcement*

Dès lors que le besoin d'intervention a été identifié, une progressivité du déploiement dans le temps des interventions des EMG sur les lieux de vie des personnes âgées peut être définie par les régions et sur les territoires non pourvus :

- Soit en privilégiant une démarche d'extension territoriale progressive en fonction des besoins et ressources/territoires (déploiement territorial) ;



- Soit par une démarche d'extension en priorisant les interventions en EHPAD, puis en étendant au domicile en fonction des besoins identifiés notamment par les DAC et des capacités des EMG.  
Concernant le déploiement au domicile, il est préférable, sauf activité déjà existante et reconnue, d'organiser ce recours expert lorsque les DAC ne sont pas en capacité de la réaliser et en la réservant à des situations très complexes. L'orientation vers des effecteurs de soins aigus au domicile, professionnels libéraux ou HAD est souhaitable.

Cette étape est contractualisée par l'établissement porteur avec l'ARS, éventuellement dans le cadre de l'organisation de la filière gériatrique, et s'inscrit dans le temps avec des indicateurs.

#### *Facteurs de succès identifiés*

- L'inclusion dans un projet de territoire ;
- Une communication de l'EMG portant notamment sur ses modalités d'intervention à l'égard des professionnels du premier recours, des professionnels intervenant auprès des personnes âgées et de l'ensemble des établissements de santé et médico-sociaux du territoire ;
- Une formalisation par convention des conditions d'intervention entre l'EMG et l'EHPAD et une bonne articulation avec les autres partenaires conventionnels intervenant en EHPAD : professionnels libéraux ou HAD ;
- Une formalisation des sollicitations réciproques entre le DAC et l'EMG (signalement d'une situation ou mobilisation réciproques) ;
- Une filière gériatrique structurée, complète ancrée dans une démarche territoriale et articulée avec la ou les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ainsi que d'effecteurs de soins aigus du territoire tels que l'HAD ;
- Une réactivité et une personnalisation des interventions ainsi qu'un retour systématique vers le médecin traitant ;
- Le couplage avec une hotline (numéro dédié de la filière gériatrique ou du court séjour gériatrique de l'établissement siège d'implantation de l'EMG) à disposition des médecins traitants, des EHPAD ou des DAC ;
- Une diffusion de la culture gérontologique, une valorisation des acteurs de premier recours et des EHPAD et l'appui sur leurs connaissances et compétences ;
- L'intégration de l'EMG dans la démarche de déploiement des outils numérique d'appui au parcours ;
- Une optimisation des interventions des EMG en recourant à la télémédecine (télé-expertise/consultation) et au travers de certains modes d'organisation des déplacements d'un seul professionnel à côté de déplacements en binôme.

### **3. Un suivi de l'activité des EMG qui s'appuie sur un outil de pilotage**

Il est important d'accompagner les EMG vers l'utilisation d'un outil de suivi de leur activité intégrant le déploiement vers les milieux de vie des personnes âgées. L'outil de l'ANAP dans sa version de 2019 est recommandé à cet effet afin de poursuivre un objectif d'homogénéisation au niveau national et permettre des comparaisons interrégionales, les régions pouvant ajouter des items : <http://www.anap.fr/ressources/outils/detail/actualites/outil-de-suivi-de-lactivite-dune-emg/>.

Les indicateurs socles retenus au niveau national pour le suivi de ce déploiement sont les suivants :

**Indicateurs quantitatifs :**

Pourcentage d'EMG intervenant sur les lieux de vie des personnes âgées (nombre d'EMG intervenant en EHPAD et domicile/ nombre total d'EMG dans la région) - Indicateur du Ségur de la santé.

Activité annuelle des EMG sur les lieux de vie dans l'année de référence :

- Nombre d'interventions en EHPAD (distinction nombre d'interventions pour les résidents [évaluations/recommandations] et nombre de séances formations/appui aux pratiques/organisations) ;
- Nombre d'interventions en résidence autonomie et autres types d'hébergement collectifs ;
- Nombre d'interventions à domicile (distinction nombre d'évaluations des personnes et nombre de séances réunions de synthèse de coordination) ;
- Nombre d'interventions intrahospitalières (distinction par service, a minima urgences /médecine/chirurgie) ;
- Nombre de personnes âgées évaluées par les EMG (file active).

Indicateur d'intégration des EMG avec les autres outils de coordination des parcours :

- Nombre annuel de réunions des EMG dans le cadre de staffs organisés par les DAC.

**Indicateurs qualitatifs (enquêtes périodiques) :**

- Satisfaction des professionnels des EHPAD et médecins généralistes ayant sollicité une EMG (enquête) ;
- Délai moyen d'intervention des EMG en EHPAD et à domicile à partir de la date de la demande (enquête) ;
- Suivi par les EMG de leurs préconisations.

Un travail va être mené avec les ARS et des représentants des EMG sur les modalités de remontée des indicateurs quantitatifs au niveau national. Ce travail portera également sur un état des lieux national du déploiement des EMG sur les milieux de vie des personnes âgées qui serait réalisé fin 2022.

Le cadre sera accompagné en 2021 par d'autres outils visant à appuyer ce déploiement (outils de communication, projets de conventions, guide de bonnes pratiques, expériences réussies, etc.).

Je vous remercie de transmettre aux adresses suivantes : [DGOS-R4@sante.gouv.fr](mailto:DGOS-R4@sante.gouv.fr) et [DGCS-SD3A@social.gouv.fr](mailto:DGCS-SD3A@social.gouv.fr) toute difficulté que cette instruction appellerait dans sa mise en œuvre.

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



Etienne CHAMPION

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



Katia JULIENNE

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



Virginie LASSERRE

## Annexe

## Cadre d'orientation des interventions des équipes mobiles de gériatrie sur les lieux de vie des personnes âgées

### 1. Les interventions de l'équipe mobile de gériatrie (EMG) sur les lieux de vie: pour qui ? pour quoi ?

#### 1.1. Missions de l'EMG sur les lieux de vie

##### Missions socles

L'EMG intervient en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou autres établissements hébergeant des personnes âgées (y compris lorsqu'il est rattaché à un établissement de santé) ou à domicile en qualité d'équipe hospitalière experte et pluridisciplinaire de second recours en prévention secondaire des décompensations de pathologies chroniques et des hospitalisations potentiellement évitables des personnes âgées et des passages par les urgences.

##### Ce qu'elle peut apporter

Evaluation

Avis

Contribution au projet personnalisé de santé en ville ou au projet de soins en EHPAD

Facilitation de l'orientation dans filière/accès plateau technique hospitalier

Sensibilisation/formation

##### Ce qu'elle ne peut pas apporter/ce qu'elle n'est pas

Une équipe de prise en charge (1<sup>er</sup> ou second recours)

Une équipe d'intervention d'urgence sauf situation sanitaire exceptionnelle

Un moyen de remplacer une démographie absente (médecin traitant ou médecin coordonnateur)

#### Missions communes dans le cadre des interventions sur les lieux de vie des personnes âgées

##### *Interventions directes auprès des personnes :*

- Contribuer à l'évaluation gériatrique des personnes âgées sur leur lieu de vie, apporter des conseils thérapeutiques et des avis spécialisés pluridisciplinaires ;
- Aider à la construction du projet personnalisé de santé (projet thérapeutique, de prévention des crises et décompensations et projet de vie) dans des situations complexes ou des projets de soins en EHPAD ;
- Faciliter l'accès à un plateau technique hospitalier, à la filière gériatrique en évitant le passage aux urgences (accès direct) et en favorisant l'hospitalisation de jour et l'accès aux dispositifs dédiés aux troubles neurocognitifs (consultations mémoire, unité cognitivo-comportementale [UCC] par exemple), et aux ressources de la psychiatrie ;
- Sécuriser le retour à domicile en post-hospitalisation par des visites à domicile en lien avec les partenaires.

*Interventions auprès des professionnels :*

- Soutenir les professionnels intervenant auprès des personnes âgées et des aidants (médecins traitants, médecins coordonnateurs et professionnels en EHPAD et à domicile) ;
- Développer des échanges de pratiques (y compris éthiques), des formations et actions de sensibilisation et valoriser les professionnels ;
- Participer à la formation et l'acculturation des professionnels du territoire pour favoriser notamment le repérage des risques et créer des liens dans l'accompagnement ;
- Participer à l'acculturation conjointe et aux expertises croisées et favoriser les liens avec les secteurs de psychiatrie.

*Interventions auprès des familles et des aidants :*

Elle joue parfois un rôle de tiers / de regard extérieur entre la personne, sa famille et les professionnels intervenant au domicile et en EHPAD en cas d'avis divergents quant à la bonne prise en charge.

**Missions spécifiques**✓ **EHPAD et autres ESMS***Interventions au bénéfice des professionnels :*

- Aider les professionnels de l'EHPAD et le médecin traitant dans le projet de soins (avis thérapeutique, conseils sur les conduites à tenir face à un risque...) ;
- Permettre un temps de réflexion en commun et donner un avis extérieur ;
- Valoriser, informer et sensibiliser les équipes sur certaines problématiques.

✓ **Domicile***Interventions au bénéfice auprès des personnes :*

- Aider à anticiper les situations de crise, sources d'hospitalisations en urgence (situations médico-sociales complexes, épuisement des aidants à domicile, refus de soins, absence de possibilité de déplacement...) ;
- Proposer des solutions alternatives à l'hospitalisation avec hébergement (prévention secondaire) ;
- Faciliter le recours aux soins et aux aides ;
- Prendre en compte la situation de l'aidant (épuisement, relations difficiles avec la personne aidée, besoin d'aide et de soins) et orienter vers les offres dédiées aux aidants notamment les plateformes de répit.

*Interventions au bénéfice des professionnels :*

- Apporter des conseils et des recommandations aux intervenants au domicile afin de permettre le maintien à domicile ;
- Informer et sensibiliser les professionnels de santé de premier recours pour améliorer les pratiques gériatriques de ces professionnels (évaluations, ...) et constituer un soutien pour ces professionnels.

**1.2. Public concerné**✓ **EHPAD**

Les résidents présentant principalement des troubles psycho-comportementaux, des décompensations à répétition ou pour lesquels le médecin traitant et l'équipe de l'EHPAD, y compris le médecin coordonnateur et les familles, considèrent qu'ils ont besoin d'un avis tiers, y compris pour les résidents en situation de handicap vieillissants.

## ✓ Domicile

Les personnes âgées à domicile signalées par leur médecin traitant ou le dispositif d'appui à la coordination (DAC) présentant des situations complexes (ou selon l'appréciation des professionnels prenant en charge la personne âgée), avec intrication de problématiques somatiques, psychiques, neurocognitives et sociales qui nécessitent une approche globale.

En effet, peuvent être identifiés des troubles du comportement, une polypathologie à fort risque de décompensation, des troubles cognitifs, des troubles psychiatriques, une précarité sociale, chez des personnes âgées qui ne peuvent pas accéder aux soins ou qui présentent des refus de soins et nécessitent l'intervention de plusieurs professionnels. Ces personnes ont pour certaines d'entre elles un aidant qui s'épuise.

Les interventions au domicile font l'objet d'une réflexion des EMG concernant le consentement de la personne âgée ou de son tuteur. Les visites de l'EMG permettent de favoriser ce rôle d'aller vers.

Il s'agit d'une complexité médico-psycho-sociale. La notion de complexité est définie comme celle ressentie par les acteurs.

## 2. Interventions des EMG sur les lieux de vie : à quelles conditions ?

### ➤ **Une intégration des EMG avec les soins de premier recours / CPTS et les DAC**

Des articulations spécifiques sont nécessaires afin d'assurer un recours pertinent aux EMG et un service rendu optimal.

- Une articulation entre les EMG, les communautés professionnelles de territoire de santé (CPTS) et les structures d'exercice coordonné et les hospitalisations à domicile (HAD)

Un temps doit être consacré par l'EMG à se faire connaître et à établir et maintenir des relations de confiance avec les médecins généralistes et les professionnels intervenant au domicile sur le territoire.

L'intervention des EMG sur les lieux de vie des personnes âgées, sur demande des médecins traitants et avec leur accord, doit s'appuyer sur un partenariat entre la filière gériatrique à laquelle appartiennent les EMG, les HAD, et les CPTS ou les structures d'exercice de soins coordonnés du territoire. Cette articulation organisée permet d'organiser le recours à l'expertise gériatrique dans toutes ses composantes, de la consultation jusqu'à l'hospitalisation.

- Une articulation entre EMG et dispositifs d'appui à la coordination (DAC)

Les interventions extra-hospitalières des EMG sont à articuler étroitement avec les DAC. Les DAC peuvent mobiliser les EMG et réciproquement spécifiquement pour les personnes âgées à domicile. Les EMG doivent pouvoir faire appel à ces dispositifs, ce qui conforte le suivi des préconisations face aux situations complexes intriquant les problématiques de soins, d'aide et sociales (suivi par une gestion de cas par exemple).

Des interventions communes sont possibles pour certaines situations (gériatre de l'EMG et professionnel du DAC, par ex. en sortie d'hospitalisation ou pour préparer une hospitalisation).

Les EMG peuvent également être sollicitées pour participer aux concertations pluriprofessionnelles autour de situations complexes ou pour faciliter le recours à l'offre de soins gériatriques.

➤ **Une intégration dans la filière gériatrique et sa sollicitation via un numéro téléphonique gériatrique et une adresse mail de la filière**

Le déclenchement de l'intervention des EMG s'effectue suite à un appel au numéro de la filière gériatrique (ou un numéro d'appel de l'EMG) dédié aux professionnels extérieurs ou au DAC afin d'examiner la pertinence de l'intervention de l'EMG ou la capacité de recourir à une consultation (par télémedecine ou avec déplacement) ou une hospitalisation de jour.

Ce recours téléphonique peut suffire à apporter une réponse au médecin traitant des personnes âgées en EHPAD ou à domicile ou au médecin coordonnateur de l'EHPAD et permettre d'anticiper les crises ou d'organiser une hospitalisation.

➤ **Partage des outils du parcours entre les EMG et les acteurs du parcours**

L'EMG aura accès, au travers de la filière gériatrique, aux outils partagés du parcours de santé mis en place par l'ARS et évitera de se doter d'outils à part. En revanche, si l'existence d'un système d'information (SI) commun ne doit pas être une condition première de l'activité, l'EMG devra en bénéficier et l'utiliser lorsqu'il est présent.

Elle doit bénéficier d'un outil de télémedecine.

### **3. Interventions des EMG sur les lieux de vie : selon quelles modalités ?**

Les EMG formalisent une demande d'intervention de la part des acteurs externes, la partagent avec les médecins traitants, les EHPAD ou autres ESMS hébergeant les personnes âgées, les dispositifs d'appui à la coordination et s'assurent de son adéquation avec les attentes et les besoins. Elles en assurent la diffusion via la filière.

Sont présentés ci-dessous des éléments cadre de ces interventions :

#### **3.1. En EHPAD**

▪ **Cadre**

- Une convention avec les EHPAD permettant de déterminer les conditions d'intervention de l'EMG (ces conditions ont vocation à être précisées dans une convention entre l'EHPAD et la filière gériatrique plutôt qu'avec la seule EMG). Elles peuvent faire partie d'une convention existante selon l'instruction n° DGCS/3A/DGOS/R4/2017/341 du 29 décembre 2017 relative aux démarches de coopérations renforcées entre EHPAD et établissements de santé ;
- Une sollicitation des EMG par les EHPAD via le numéro téléphonique et une adresse mail gériatrique dédiés ;
- Une communication sur l'intervention possible d'une EMG dans le cadre du livret d'accueil de l'EHPAD pour les résidents et leurs familles ainsi qu'une présentation et des échanges au sein du conseil de la vie sociale de l'EHPAD ;
- Une incitation à une programmation d'interventions des EMG en EHPAD au travers de visites régulières ou surtout pour des actions de formation et sensibilisation. Les visites régulières programmées dans les EHPAD permettent de regrouper plusieurs entretiens avec des résidents, d'organiser des temps d'échanges sur des pratiques et les difficultés rencontrées par les professionnels des EHPAD. Cette pratique paraît à la fois plus pertinente pour l'EMG et pour l'EHPAD.

- Articulation avec le médecin coordonnateur et/ou l'infirmier de coordination de l'EHPAD

La concertation de l'EMG avec le médecin coordonnateur en amont de toute intervention permet de préparer et d'organiser les interventions de l'EMG. Cette organisation s'effectue avec les médecins traitants des personnes âgées des résidents en cas d'évaluation requise.

- Temps d'intervention

L'intervention inclut un temps important de préparation au travers du recueil d'informations sur les résidents transmis par l'EHPAD (ex : dossier de liaison d'urgence [DLU]), le médecin traitant et des services de la filière gériatrique.

- Accord du médecin traitant pour la visite et l'évaluation du résident

L'information du médecin traitant est un prérequis à l'intervention de l'EMG. Si le médecin traitant s'y oppose, l'EMG ne se déplace pas. Lorsque la personne n'a pas de médecin traitant, cette absence ne peut être un obstacle à une intervention de l'EMG.

- Consentement du résident et ou de son entourage et du tuteur

Le consentement du résident ou de son tuteur doit être recherché. Les visites de l'EMG au sein d'un EHPAD permettent de favoriser ce rôle d'aller vers.

- Restitution de leurs conclusions et recommandations

- Restitution au résident et le cas échéant à sa famille ;
- Compte rendu de synthèse et courrier ou compte rendu de télé-médecine au médecin traitant et au médecin coordonnateur ;
- Retour au travers d'un contact téléphonique dès qu'il est nécessaire.

- Les actions d'informations, de sensibilisation ou d'appui aux pratiques auprès des personnels

Les actions de formation sont effectuées à l'issue de l'analyse de situations de résidents ou sont prévues sur des thématiques données (ex : formation à la prévention du risque suicidaire).

### 3.2. A domicile

- Articulation avec le médecin traitant pour la visite

La concertation de l'EMG avec le médecin traitant en amont de toute intervention, au travers d'un échange de médecin à médecin, est posée comme une condition. La présence du médecin traitant lors de la visite de l'EMG à domicile est à encourager sans être une obligation. Lorsque la personne n'a pas de médecin traitant, cette absence ne peut être un obstacle à une intervention de l'EMG.

- Temps d'intervention d'une EMG à domicile

L'intervention inclut un temps important de préparation au travers du recueil d'informations sur les personnes âgées à domicile transmises par le médecin traitant, les services sociaux, les services intervenant à domicile et les services de la filière gériatrique ou d'autres services de soins hospitaliers le cas échéant.

L'intervention en binôme au domicile vise à permettre de consacrer un temps à l'aidant (épuiement, relation aidant-aidé, ...). En fonction de besoins ciblés, cette intervention peut donner lieu à une visite effectuée seul.

- Restitution de l'intervention par l'EMG

- Restitution à la personne âgée et à son aidant /ou sa famille le cas échéant ;
- Au médecin traitant : le compte-rendu de synthèse des préconisations doit être pragmatique et opérationnel (inutile de donner tous les scores des tests sauf demande expresse) ;
- Retour au travers d'un contact téléphonique dès qu'il est nécessaire ;



- Restitution des problématiques sociales auprès du DAC ou des professionnels et conseils auprès des professionnels intervenant au domicile s'ils sont présents en tenant compte de leurs compétences (services d'aide à domicile, services de soins infirmiers à domicile, ou services polyvalents d'aide et de soins à domicile, professionnels libéraux notamment infirmier ou HAD).
- Les actions de conseils, sensibilisation ou de formations auprès des professionnels intervenant auprès des personnes âgées en EHPAD ou à domicile

Les actions de formation sont effectuées au moment de l'analyse de situations de résidents ou sont prévues sur des thématiques données.

#### **4. Composition - organisation et fonctionnement**

##### **Composition**

La composition de l'EMG a vocation à être pluriprofessionnelle afin de proposer une démarche globale somatique et psychique.

A minima, elle comporte un binôme composé de compétences de gériatre et d'infirmier. De manière spécifique, un autre professionnel pourra composer ce binôme avec le gériatre. Les EMG pourront faire appel aux futurs infirmiers en pratique avancée.

Il est recommandé que les EMG puissent faire appel à des compétences en psychiatrie/psychologie, en ergothérapie, voire à une compétence pharmaceutique internalisée ou avec des partenaires. Un temps de secrétariat est prévu, qui peut être mutualisé avec celui de l'équipe intra-hospitalière. Elles doivent pouvoir s'appuyer sur une ressource d'assistante sociale du service ou de l'hôpital. Elle peut accueillir des stagiaires.

Les compétences et les personnels correspondant à l'activité extrahospitalière de l'EMG doivent être identifiés, sans forcément être dédiés, dans la perspective d'équipes mixtes intra et extrahospitalières et de l'articulation ou la synergie entre plusieurs équipes mobiles. L'EMG peut s'appuyer sur des ressources du service et de l'établissement de santé ou des établissements de santé porteurs.

Les moyens sont adaptés en fonction du nombre d'interventions et de la file active prévisionnelle.

Les compétences requises en gériatrie d'une EMG intervenant au domicile sont celles d'un gériatre (nécessité d'une posture professionnelle spécifique faisant appel à des qualités de négociation et de conciliation et des capacités d'adaptation à l'environnement particulier du domicile).

##### **Organisation et fonctionnement**

L'EMG a vocation à répondre et à intervenir selon une organisation à définir dans son règlement de fonctionnement.

L'établissement de santé porteur organise la continuité de l'activité de l'EMG.



**5. Outils**

Les EMG intervenant auprès des personnes âgées à domicile ou en EHPAD sont inscrites dans les projets d'équipement en télémédecine sur la région (outillage et/ou utilisation de l'équipement de télémédecine de l'EHPAD). La télémédecine permet d'optimiser ces interventions tant au niveau de la préparation/restitution que de certaines interventions elles-mêmes.

**6. Suivi de l'activité de l'EMG**

L'EMG intervenant sur les lieux de vie des personnes âgées assure le suivi de son activité au travers d'un rapport d'activité en référence à l'outil de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) <http://www.anap.fr/ressources/outils/detail/actualites/outil-de-suivi-de-lactivite-dune-emg/> et renseigne les indicateurs sociaux nécessaires à l'évaluation nationale.

Ministère des solidarités et de la santé  
Ministère de la transformation et de la fonction publiques

**Convention 12-363-DNUM-CSOC-0021 du 24 novembre 2021 pour le financement  
du projet « Outil de pilotage de l'action sociale des conseils départementaux »**

NOR : SSAZ2130543X

**ENTRE**

La Direction interministérielle du numérique,  
sise 20 avenue de Ségur, 75007 PARIS,  
représentée par Romain TALES, chef de la Mission Data,  
ci-après désignée « DINUM »,

**D'une part,**

**ET**

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques,  
sise 11 place des 5 martyrs du lycée Buffon, 75014 PARIS,  
représentée par Fabrice LENGART, directeur,  
ci-après désigné « bénéficiaire »,

et

La Direction du numérique du Ministère des solidarités et de la santé,  
sise 39 quai André-Citroën, 75015 PARIS,  
représentée par Hélène BRISSET, directrice,  
ci-après désignée « DNUM ministérielle »,

**D'autre part.**

Vu l'instruction DGFIP du 9 mars 2021 relative à l'application de la circulaire CCPB2100712C de gestion budgétaire du plan de relance du 11 janvier 2021,

Vu la circulaire n° 6300/SG du Premier ministre du 30 août 2021 relative à la mise en œuvre et au suivi des mesures du plan national de relance et de résilience,

**Outil de pilotage de l'action sociale des conseils départementaux**

Cette convention de financement de projet définit les modalités d'exécution du projet, qui conditionnent le versement des crédits.

### 1. Identification du projet

Nom du projet : Outil de pilotage de l'action sociale des conseils départementaux.

Thématique concernée : ITN5 (cycle de vie de la donnée).

### 2. Intégration des logos France Relance et NEXT GEN EU

Si le projet implique un site accessible sur Internet ou toute communication auprès du public et autres professionnels en lien avec le projet, alors le bénéficiaire s'engage à intégrer sur ce site en début de parcours et dans ses communications en lien avec le projet, d'une part une mention du cofinancement apporté par France Relance (via notamment l'inclusion du logo France Relance) et d'autre part une mention du cofinancement apporté par l'Union Européenne dans le cadre du plan NEXT GEN EU (également via l'inclusion du logo NEXT GEN EU).



### 3. Niveau et calendrier de co-financement du projet par le plan de relance

Le niveau de cofinancement par année du projet est le suivant :

	2021	2022
AE		103 800 €
CP		103 800 €

Le financement 2021 est mis à disposition dès la signature de la présente convention, et le financement 2022 au début de l'année 2022, si applicable.

### 4. Modalités du co-financement par le plan de relance du projet

Les crédits sont mis à disposition sur le centre financier 0363-DNUM-CSOC.

REFERENCES CHORUS (pour les services bénéficiaires de l'Etat)	
Domaine fonctionnel	0363-04
Centre financier	0363-DNUM-CSOC
Activité(s)	036304030001 Fonds ITN
Projet analytique ministériel	12-363-DNUM-CSOC-0021

### 5. Reporting budgétaire

Chaque dépense (ou versement de subvention) effectuée depuis l'UO déléguée en gestion se fera en utilisant le code PAM « 12-363-DNUM-CSOC-0021 » de CHORUS.

Le bénéficiaire et la DNUM ministérielle sont tenus de respecter ce marquage au titre de la convention de délégation de gestion sur le centre financier 0363-DNUM-CSOC; ils seront ainsi dispensés de reporting budgétaire systématique dans la mesure où la DINUM pourra extraire les informations nécessaires dans CHORUS.

Le bénéficiaire répondra aux sollicitations de la DINUM et de la DNUM ministérielle (prise d'information, dialogue de gestion).

### 6. Reporting projet

Le bénéficiaire :

- Fournira, à la DINUM et à la DNUM ministérielle, chaque trimestre, un point de situation sur l'état du projet en faisant le lien avec la consommation budgétaire.

Nos équipes vous solliciteront à ce sujet. Pour ce faire, vous utiliserez ce formulaire :

<https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/reporting-projet-laureats-itn-snap>

- Fournira à la DINUM la liste des entreprises, avec leur numéro de département, dont le siège social est établi en France et qui bénéficieront de commandes dans le cadre du financement accordé :

- A la signature de la présente convention,
- A chaque nouvelle entreprise répondant au critère,
- En fin de projet.

- Facilitera le suivi projet avec la DINUM en nommant un ou plusieurs référents identifiés et répondra à toutes ses sollicitations sur l'avancement de son projet ;

- Préparera à destination de la DINUM une restitution par écrit des avancées du projet 6 mois après son lancement. Une trame indiquant les éléments attendus pour cette restitution intermédiaire sera communiquée par e-mail aux porteurs par la DINUM ;

- En plus des mises à jour trimestrielles, fera remonter à la DINUM des difficultés rencontrées sur le projet le cas échéant. Une réunion avec des experts de la DINUM pourra alors être organisée afin de trouver des solutions (clinique de la donnée).

### 7. Modification de la convention

La présente convention peut être modifiée par voie d'avenant signé par les parties en cas de modification de ses modalités d'exécution.

En particulier, toute difficulté majeure dans la réalisation du projet sera portée à la connaissance de la DINUM qui pourra suspendre ou interrompre les financements initialement définis.

### 8. Recouvrement des indus

La DINUM se réserve le droit de recouvrer intégralement ou partiellement le financement prévu à l'article 3, à due concurrence de la mise en œuvre effective du projet en cas :

- de non-exécution du projet conventionné ;
- d'exécution non conforme aux modalités de réalisation conventionnées ;
- de non transmission des éléments de reporting budgétaire et projet prévus aux articles 5 et 6 de la présente convention.

La DINUM ne saurait être tenue responsable d'éventuelles irrégularités générées par le bénéficiaire, ou la DNUM ministérielle le cas échéant, et constatées lors de contrôles européens ou nationaux. La DINUM procède au recouvrement des sommes indues en cas de correction financière demandée à la suite d'un contrôle.

#### *9. Respect des exigences de la piste d'audit*

Le respect des exigences issues de la piste d'audit européenne présentées en annexe, s'applique à la présente convention. Le bénéficiaire et, le cas échéant, la DNUM ministérielle sont réputés avoir pris connaissance de ces exigences.

Fait le 18 novembre 2021.

Pour la Direction interministérielle du numérique :  
Le chef de la Mission Data,  
Romain TALES

Pour la Direction de la recherche, des études,  
de l'évaluation et des statistiques :  
Le directeur,  
Fabrice LENGART

Pour la Direction du numérique  
du Ministère des solidarités et de la santé :  
La directrice,  
Hélène BRISSET

## ANNEXE

### EXIGENCES ISSUES DE LA PISTE D'AUDIT EUROPENNE

Les entités chargées de la gestion du plan de relance doivent veiller au respect des exigences suivantes issues de la piste d'audit européenne :

- prévenir et corriger les risques de fraude, de corruption et de conflits d'intérêt et procéder à une notification en cas de soupçon ;
- garantir l'efficacité des vérifications opérées aux fins de prévention de double financement au titre de la facilité pour la relance et la résilience et d'autres programmes de l'Union, conformément au principe de bonne gestion financière ;
- garantir le respect de la réglementation relative aux aides d'Etat ;
- vérifier la fiabilité et la validité des éléments relatifs au respect des jalons et cibles (examens documentaires, contrôles sur place, etc.) ;
- recouvrer les sommes indues ou procéder aux corrections financières ;
- assurer la collecte et le stockage des données permettant l'audit et le contrôle, notamment les données relatives aux bénéficiaires finaux contractants et sous-contractants, les bénéficiaires effectifs du destinataire des fonds ou du contractant, ainsi que la liste de toutes les mesures de mise en œuvre des réformes et des projets d'investissement au titre du plan de relance et la résilience, avec le montant total du financement public de ces mesures et en indiquant le montant des fonds versés au titre de la facilité et d'autres fonds de l'Union. Ces procédures devront comprendre l'accès aux données par la Commission européenne, l'OLAF, la Cour des comptes européenne et le Parquet européen ;
- assurer la visibilité du financement de l'Union.

Le bénéficiaire met tout en œuvre pour éviter les irrégularités ciblées par la piste d'audit, dans l'exécution des projets.

Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion  
Ministère des solidarités et de la santé

**Arrêté du 24 novembre 2021 portant modification de l'arrêté du 15 février 2021 portant désignation des représentants du personnel au comité technique unique d'administration centrale institué dans les départements ministériels relevant des ministres chargés des solidarités et de la santé, du travail et de l'emploi et de l'insertion**

NOR : MTRR2130523A

La ministre du travail, de l'emploi et de l'insertion, le ministre des solidarités et de la santé,

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

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

Vu l'arrêté du 6 juin 2018 portant composition du comité technique unique d'administration centrale unique institué dans les départements ministériels relevant des ministres chargés des affaires sociales et de la santé, du travail et de l'emploi, de la jeunesse et des sports ;

Vu l'arrêté du 6 juin 2018 relatif aux modalités d'organisation du vote électronique par Internet des personnels relevant des ministres chargés des affaires sociales et de la santé, du travail, de l'emploi, de la jeunesse et des sports pour l'élection des représentants des personnels au comité technique d'administration centrale unique institué auprès du directeur des ressources humaines des ministères sociaux et aux commissions administratives paritaires du secteur santé-affaires sociales pour les élections professionnelles fixée du 29 novembre 2018 au 6 décembre 2018 ;

Vu le procès-verbal établi le 6 décembre 2018 par le bureau de vote électronique à l'issue des élections au comité technique unique d'administration centrale institué dans les départements ministériels relevant des ministres chargés des affaires sociales et de la santé, du travail et de l'emploi, de la jeunesse et des sports ;

Vu l'arrêté du 15 février 2021 portant désignation des représentants du personnel au comité technique unique d'administration centrale institué dans les départements ministériels relevant des ministres chargés des solidarités et de la santé, du travail et de l'emploi et de l'insertion,

Arrêtent :

**Article 1<sup>er</sup>**

A l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté susvisé, Mme. Rita DADY-PULVAL, affectée à la direction générale du travail, remplace en tant que membre suppléant du comité technique unique d'administration centrale, M. Michel SUISSA (suppléant) pour l'UNSA.

## Article 2

A l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté susvisé, M. Jérôme ROY, affecté à la direction générale de l'offre de soins travail, remplace en tant que membre titulaire du comité technique unique d'administration centrale, Mme Sandra BERNARD (titulaire) pour l'UFSE-CGT.

## Article 3

Le directeur des ressources humaines est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié aux Bulletins officiels des ministères des solidarités et de la santé, du travail, de l'emploi et de l'insertion.

Fait le 24 novembre 2021.

Pour les ministres et par délégation :  
Le directeur des ressources humaines,  
Pascal BERNARD



Ministère des solidarités et de la santé

**Arrêté du 25 novembre 2021 portant composition du jury de fin de formation  
des ingénieurs d'études sanitaires - Promotion 2021**

NOR : SSAR2130514A

Le ministre des solidarités et de la santé,

Vu le décret n° 90-975 du 30 octobre 1990 modifié portant statut particulier du corps des ingénieurs d'études sanitaires ;

Vu le décret n° 94-874 du 7 octobre 1994 modifié fixant les dispositions communes applicables aux stagiaires de l'Etat et de ses établissements publics ;

Vu le décret n° 2006-1546 du 7 décembre 2006 modifié relatif à l'Ecole des hautes études en santé publique ;

Vu l'arrêté du 21 septembre 1992 modifié relatif à la formation des ingénieurs d'études sanitaires,

Arrête :

Article 1<sup>er</sup>

Sont nommés membres du jury de fin de formation des ingénieurs d'études sanitaires de la promotion 2021 :

- Monsieur Valérian GRATPAIN, représentant le directeur général de la santé ;
- Monsieur Dimiter PETROVITCH, représentant le directeur des ressources humaines des ministères sociaux ;
- Madame Maud MOQUE, représentant le directeur de l'Ecole des hautes études en santé publique ;
- Madame Alice KOPEL, représentant le directeur général de la santé ;
- Madame Virginie LE ROUX, représentant le directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts de France ;
- Monsieur Didier COUTEAUD, directeur de la délégation territoriale de l'agence régionale de santé des Landes.

Article 2

Le directeur des ressources humaines du secrétariat général des ministères sociaux et le directeur de l'Ecole des hautes études en santé publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 25 novembre 2021.

Pour le ministre et par délégation :  
La cheffe du département GPE, filière métiers,  
formation et développement des talents,  
Stéphanie RENAUD

Ministère des solidarités et de la santé  
Ministère de la transformation et de la fonction publiques

**Convention 12-363-DNUM-CSOC-0022 du 26 novembre 2021 pour le financement  
du projet « Générateur d'application mobile »**

NOR : SSAZ2130544X

**ENTRE**

La Direction interministérielle du numérique,  
sise 20 avenue de Ségur, 75007 PARIS,  
représentée par Romain TALES, chef de la Mission Data,  
ci-après désignée « DINUM »,

**D'une part,**

**ET**

La Direction du numérique du Ministère des solidarités et de la santé,  
sise 39 quai André-Citroën, 75015 PARIS,  
représentée par Hélène BRISSET, directrice,  
ci-après désignée « DNUM ministérielle »,

**D'autre part.**

Vu l'instruction DGFIP du 9 mars 2021 relative à l'application de la circulaire CCPB2100712C de gestion budgétaire du plan de relance du 11 janvier 2021,

Vu la circulaire n° 6300/SG du Premier ministre du 30 août 2021 relative à la mise en œuvre et au suivi des mesures du plan national de relance et de résilience,

**Générateur d'application mobile**

Cette convention de financement de projet définit les modalités d'exécution du projet, qui conditionnent le versement des crédits.

*1. Identification du projet*

Nom du projet : Générateur d'application mobile.  
Thématique concernée : ITNS Cycle de vie de la donnée.

## 2. Intégration des logos France Relance et NEXT GEN EU

Si le projet implique un site accessible sur Internet ou toute communication auprès du public et autres professionnels en lien avec le projet, alors la DNUM ministérielle s'engage à intégrer sur ce site en début de parcours et dans ses communications en lien avec le projet, d'une part une mention du cofinancement apporté par France Relance (via notamment l'inclusion du logo France Relance) et d'autre part une mention du cofinancement apporté par l'Union Européenne dans le cadre du plan NEXT GEN EU (également via l'inclusion du logo NEXT GEN EU).



## 3. Niveau et calendrier de co-financement du projet par le plan de relance

Le niveau de cofinancement par année du projet est le suivant :

	2021	2022
AE	26 250 €	26 250 €
CP		52 500 €

Le financement 2021 est mis à disposition dès la signature de la présente convention, et le financement 2022 au début de l'année 2022, si applicable.

## 4. Modalités du co-financement par le plan de relance du projet

Les crédits sont mis à disposition sur le centre financier 0363-DNUM-CSOC.

REFERENCES CHORUS (pour les services bénéficiaires de l'Etat)	
Domaine fonctionnel	0363-04
Centre financier	0363-DNUM-CSOC
Activité(s)	036304030001 Fonds ITN
Projet analytique ministériel	12-363-DNUM-CSOC-0022

## 5. Reporting budgétaire

Chaque dépense (ou versement de subvention) effectuée depuis l'UO déléguée en gestion se fera en utilisant le code PAM « 12-363-DNUM-CSOC-0022 » de CHORUS.

La DNUM ministérielle est tenue de respecter ce marquage au titre de la convention de délégation de gestion sur le centre financier 0363-DNUM-CSOC ; elle sera ainsi dispensée de reporting budgétaire systématique dans la mesure où la DINUM pourra extraire les informations nécessaires dans CHORUS.

La DNUM ministérielle répondra aux sollicitations de la DINUM (prise d'information, dialogue de gestion).

## 6. Reporting projet

Le bénéficiaire :

- Fournira, à la DINUM, chaque trimestre, un point de situation sur l'état du projet en faisant le lien avec la consommation budgétaire.

Nos équipes vous solliciteront à ce sujet. Pour ce faire, vous utiliserez ce formulaire :

<https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/reporting-projet-laureats-itn-snap>

- Fournira à la DINUM la liste des entreprises, avec leur numéro de département, dont le siège social est établi en France et qui bénéficieront de commandes dans le cadre du financement accordé :

- A la signature de la présente convention,
- A chaque nouvelle entreprise répondant au critère,
- En fin de projet.

- Facilitera le suivi projet avec la DINUM en nommant un ou plusieurs référents identifiés et répondra à toutes ses sollicitations sur l'avancement de son projet ;

- Préparera à destination de la DINUM une restitution par écrit des avancées du projet 6 mois après son lancement. Une trame indiquant les éléments attendus pour cette restitution intermédiaire sera communiquée par e-mail aux porteurs par la DINUM ;

- En plus des mises à jour trimestrielles, fera remonter à la DINUM des difficultés rencontrées sur le projet le cas échéant. Une réunion avec des experts de la DINUM pourra alors être organisée afin de trouver des solutions (clinique de la donnée).

## 7. Modifications de la convention

La présente convention peut être modifiée par voie d'avenant signé par les parties en cas de modification de ses modalités d'exécution.

En particulier, toute difficulté majeure dans la réalisation du projet sera portée à la connaissance de la DINUM qui pourra suspendre ou interrompre les financements initialement définis.

## 8. Recouvrement des indus

La DINUM se réserve le droit de recouvrer intégralement ou partiellement le financement prévu à l'article 3, à due concurrence de la mise en œuvre effective du projet en cas :

- de non-exécution du projet conventionné ;
- d'exécution non conforme aux modalités de réalisation conventionnées ;
- de non transmission des éléments de reporting budgétaire et projet prévus aux articles 5 et 6 de la présente convention.

La DINUM ne saurait être tenue responsable d'éventuelles irrégularités générées par le bénéficiaire, ou la DNUM ministérielle le cas échéant, et constatées lors de contrôles européens ou nationaux. La DINUM procède au recouvrement des sommes indues en cas de correction financière demandée à la suite d'un contrôle.

*9. Respect des exigences de la piste d'audit*

Le respect des exigences issues de la piste d'audit européenne présentées en annexe, s'applique à la présente convention. La DNUM ministérielle est réputée avoir pris connaissance de ces exigences.

Fait le 26 novembre 2021.

Pour la Direction du numérique  
du Ministère des solidarités et de la santé :  
La directrice,  
Hélène BRISSET

Pour la Direction interministérielle du numérique :  
Le chef de la Mission Data,  
Romain TALES

## ANNEXE

### EXIGENCES ISSUES DE LA PISTE D'AUDIT EUROPENNE

Les entités chargées de la gestion du plan de relance doivent veiller au respect des exigences suivantes issues de la piste d'audit européenne :

- prévenir et corriger les risques de fraude, de corruption et de conflits d'intérêt et procéder à une notification en cas de soupçon ;
- garantir l'efficacité des vérifications opérées aux fins de prévention de double financement au titre de la facilité pour la relance et la résilience et d'autres programmes de l'Union, conformément au principe de bonne gestion financière ;
- garantir le respect de la réglementation relative aux aides d'Etat ;
- vérifier la fiabilité et la validité des éléments relatifs au respect des jalons et cibles (examens documentaires, contrôles sur place, etc.) ;
- recouvrer les sommes indues ou procéder aux corrections financières ;
- assurer la collecte et le stockage des données permettant l'audit et le contrôle, notamment les données relatives aux bénéficiaires finaux contractants et sous-contractants, les bénéficiaires effectifs du destinataire des fonds ou du contractant, ainsi que la liste de toutes les mesures de mise en œuvre des réformes et des projets d'investissement au titre du plan de relance et la résilience, avec le montant total du financement public de ces mesures et en indiquant le montant des fonds versés au titre de la facilité et d'autres fonds de l'Union. Ces procédures devront comprendre l'accès aux données par la Commission européenne, l'OLAF, la Cour des comptes européenne et le Parquet européen ;
- assurer la visibilité du financement de l'Union.

La DNUM ministérielle met tout en œuvre pour éviter les irrégularités ciblées par la piste d'audit, dans l'exécution des projets.

Ministère des solidarités et de la santé

**Arrêté du 29 novembre 2021 portant composition de la commission d'évaluation de stage des médecins inspecteurs de santé publique - Promotion 2021**

NOR : SSAR2130513A

Le ministre des solidarités et de la santé,

Vu le décret n° 91-1025 modifié du 7 octobre 1991 relatif au statut particulier des médecins inspecteurs de santé publique ;

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

Arrête :

Article 1<sup>er</sup>

La composition de la commission d'évaluation de stage des médecins inspecteurs de santé publique de la promotion 2021 est fixée comme suit :

- Madame Martine LABORDE CHIOCCHIA, représentant le directeur des ressources humaines des ministères sociaux, présidente ;
- Monsieur Benoit ELLEBOODE, directeur général de l'agence régionale de santé de Nouvelle Aquitaine ;
- Madame Agnès LEPOUTRE, représentant le directeur de l'agence nationale de santé publique ;
- Madame Marie France d'ACREMONT, médecin inspecteur de santé publique ;
- Monsieur Jacques CARTIAUX, personnalité qualifiée.

Article 2

Le secrétariat de la commission est assuré par l'Ecole des hautes études en santé publique.

Article 3

Le directeur des ressources humaines et le directeur de l'Ecole des hautes études en santé publique sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 29 novembre 2021.

Pour le ministre et par délégation :  
La cheffe du département GPEC/filière métiers,  
formation et développement des talents,  
Stéphanie RENAUD





**SECRETARIAT D'ÉTAT  
CHARGÉ DES PERSONNES  
HANDICAPÉES**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**CIRCULAIRE N° DGCS/SD3/2021/236** du 30 novembre 2021 relative à la diffusion du cahier des charges des communautés 360.

La secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre, chargée des personnes handicapées

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé

Copie à :

Mesdames et Messieurs les préfets de région  
Monsieur le préfet de Mayotte  
Monsieur le préfet de la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon  
Monsieur le représentant de l'Etat à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin  
Mesdames et Messieurs les préfets de département

<b>Référence</b>	NOR : SSAA2135802C (numéro interne : 2021/236)
<b>Date de signature</b>	30/11/2021
<b>Emetteurs</b>	Secrétariat d'État chargé des personnes handicapées – Direction générale de la cohésion sociale
<b>Objet</b>	Circulaire relative à la diffusion du cahier des charges des communautés 360.
<b>Commande</b>	Il est demandé au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) de mettre en place des communautés 360 dans l'ensemble des départements conformément au cahier des charges en annexe.
<b>Actions à réaliser</b>	Il est demandé au directeur général de l'ARS, en lien avec les départements, de mettre en place des communautés 360 dans l'ensemble des départements sur la base du cahier des charges en annexe, et de faire converger les communautés 360 existantes vers les missions décrites dans ce cahier des charges. Il est demandé au préfet de département et au directeur général de l'ARS (le cas échéant représenté par le directeur de la délégation départementale) d'installer et de co-piloter, avec le département, un comité territorial départemental (COTER) dont la mission est d'assurer la cohérence de l'ensemble des politiques publiques et actions mises en place sur les territoires en faveur des personnes en situation de handicap.
<b>Echéance</b>	Date de réalisation des actions attendues : 30/06/2022

<b>Contact utile</b>	Sous-direction de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées Bureau de l'insertion, de la citoyenneté et des parcours de vie des personnes handicapées Personne chargée du dossier : Jean-Philippe Méar Tél. : 01 40 56 68 81 Mél. : <a href="mailto:jean-philippe.mear@social.gouv.fr">jean-philippe.mear@social.gouv.fr</a>
<b>Nombre de pages et annexes</b>	4 pages + 1 annexe de 16 pages Annexe – Cahier des charges des communautés 360

<b>Résumé</b>	La présente circulaire organise la diffusion du cahier des charges des communautés 360.
<b>Mention Outre-mer</b>	Cette circulaire est applicable aux territoires ultramarins
<b>Mots-clés</b>	Handicap, Etablissements et services médico-sociaux
<b>Classement thématique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissements sociaux et médico-sociaux</li> <li>• Action Sociale</li> <li>• Handicap</li> </ul>
<b>Textes de référence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le code de l'action sociale et des familles,</li> <li>- Le code de la sécurité sociale,</li> <li>- La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et ses décrets d'application,</li> <li>- La loi n° 2011-901 du 28 juillet 2011 tendant à améliorer le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées et portant diverses dispositions relatives à la politique du handicap,</li> <li>- La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, et notamment ses articles 89 et 91,</li> <li>- La conférence nationale du handicap du 11 février 2020,</li> <li>- La note du 14 mai 2020 du secrétariat d'État chargé des personnes handicapées relative à la présentation de la démarche « Communautés 360 COVID »,</li> <li>- La recommandation 360 du comité de gouvernance du conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPPH) en date du 26 mai 2020 relative aux communautés 360 – COVID,</li> <li>- Avis favorable avec réserve du CNCPPH relatif au cahier des charges des communautés 360 du 19 novembre 2021.</li> </ul>
<b>Circulaire / instruction abrogée</b>	Néant
<b>Circulaire / instruction modifiée</b>	Néant
<b>Validée par le CNP le 26 novembre 2021 - Visa CNP 2021-145</b>	
<b>Document opposable</b>	Non
<b>Déposée sur le site Légifrance</b>	Non
<b>Publiée au BO</b>	Oui
<b>Date d'application</b>	Immédiate

Pour organiser l'inconditionnalité de l'accompagnement et rompre l'isolement des familles sur tout le territoire, il vous est demandé de piloter la généralisation des communautés 360 dans l'ensemble des départements, conformément au cahier des charges en annexe.

La couverture territoriale complète des communautés 360 et la convergence de celles-ci vers le format prévu au cahier des charges sont attendues pour le 30 juin 2022.

Sur les territoires non couverts, vous vous appuyerez sur le lancement d'appels à manifestation d'intérêt sur la base du cahier des charges.

Sur les territoires déjà couverts, vous vous assurerez que les communautés déjà déployées se conforment au cahier des charges en mettant en place les modalités d'organisation et de fonctionnement et les conventionnements prévus dans ce dernier et en se raccordant au numéro d'appel 0 800 360 360.

Les communautés devront, en lien avec l'ensemble des acteurs du territoire, se mettre en capacité de traiter les situations signalées via le numéro national 0 800 360 360.

Le cahier des charges des communautés 360 vise à :

- Encadrer les modalités de gouvernance et d'intervention des communautés 360 ;
- Harmoniser les pratiques dans les territoires et permettre une couverture territoriale optimale ;
- Fixer des objectifs d'activité et de résultats partagés, pour guider leur mise en place et en suivre l'évolution.

Il constitue un cadre de référence pour la généralisation du dispositif, sur lequel les membres signataires des conventions d'engagement et les membres « cœur » doivent s'appuyer. Ce cadre est résolument souple en ce qui concerne les modalités d'organisation et préfère s'attacher à préciser les missions et objectifs des communautés 360 qui sont :

- D'organiser des solutions concrètes répondant aux aspirations des personnes en situation de handicap et leurs aidants en première intention dans le droit commun ;
- De repérer les personnes sans solution pour leur proposer des réponses concrètes dans le cadre d'un plan d'actions co-construit avec les acteurs du territoire et en premier lieu les associations de représentants des personnes en situation de handicap ;
- D'être un levier d'innovation et de transformation de l'offre de droit commun et spécialisée en lien avec les acteurs institutionnels concernés.

Ce cahier des charges précise également l'articulation avec le dispositif d'orientation permanent de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et avec les autres partenaires du milieu ordinaire et du secteur social, médico-social et sanitaire dont les dispositifs d'appui à la coordination (DAC).

Concernant le financement des communautés 360, vous vous appuyerez en particulier sur les crédits délégués en 2020 et 2021 à cet effet, qui représentent un total de 20,2 M€ au niveau national<sup>1</sup> et qui seront complétés par de nouveaux crédits à hauteur 5 M€ supplémentaires en 2022 et 4,4 M€ supplémentaires en 2023.

---

<sup>1</sup> Pour permettre la mise en place des communautés 360 en 2020, une enveloppe dédiée de 10,2M€ a été allouée aux ARS, sur la base de 100 000€ par département (avec majoration Outre-Mer). Ces crédits, devant permettre de constituer une équipe par territoire, ont été renforcés en 2021 d'une enveloppe de 5M€ (répartie sur les mêmes critères). Par ailleurs, une enveloppe supplémentaire de 5 M€ a été attribuée pour renforcer l'autodétermination via les communautés 360.

Ces crédits relèvent de l'objectif global de dépenses de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en application de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF) et ne peuvent donc être attribués qu'à un établissement ou service relevant des catégories listées à l'article L. 314-3-1 du CASF. Toutefois, si les organisations déployées ne permettent pas le portage par une structure de cette nature mais respectent le cahier des charges, vous pourrez organiser, en lien avec la CNSA, un financement via le fonds d'intervention régional (FIR). Ce financement sera compensé par des compléments de dotation au FIR de la part de la CNSA.

Concernant la gouvernance des communautés 360, j'attire votre attention sur votre responsabilité pour la mise place d'une organisation conforme aux exigences du cahier des charges – en particulier pour les directeurs de délégations départementales des agences régionales de santé (ARS) (ou un membre de l'agence désigné par le directeur général de l'ARS)) au niveau départemental à travers le comité territorial départemental (COTER).

Vous veillerez à la large diffusion et à la mise en œuvre du cahier des charges des communautés 360 afin d'en assurer un déploiement efficient.

Vous voudrez bien informer les services de la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) de toute difficulté particulière concernant la mise en œuvre de cette circulaire à l'adresse suivante : [DGCS-handicap@social.gouv.fr](mailto:DGCS-handicap@social.gouv.fr).

La secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre,  
chargée des personnes handicapées,

A rectangular box containing the word "signé" in a bold, black, sans-serif font, tilted slightly upwards to the right.

Sophie CLUZEL

## Annexe : Cahier des charges des communautés 360

### Contexte

---

La création des communautés 360 a été annoncée par le président de la République lors de la conférence nationale du handicap (CNH) le 11 février 2020, afin d'apporter une réponse inconditionnelle et de proximité à toutes les personnes en situation de handicap ainsi qu'à leurs aidants. La crise sanitaire a conduit au déploiement de ces communautés sous le format « 360 Covid » dès juin 2020 afin d'accompagner les personnes et leurs aidants face aux difficultés rencontrées en matière d'accès aux soins et de solutions de répit durant le premier confinement.

Ce cahier des charges reprend les éléments socles issus d'une concertation menée par la direction interministérielle de la transformation (DITP) avec l'ensemble des acteurs, et inscrit les communautés 360 dans la continuité de la démarche « Réponse accompagnée pour tous » (RAPT) et des communautés « 360 Covid », qui ont permis d'impulser de nouvelles façons de travailler ensemble et surtout avec les personnes en situation de handicap et leurs aidants.

Les missions confiées à la communauté 360 viennent compléter la RAPT en fédérant les acteurs du droit commun afin d'agencer des solutions concrètes inclusives en proximité du lieu de vie des personnes en situation de handicap et de prévenir les risques de rupture de parcours en développant « l'aller vers » auprès des personnes sans solution. La communauté 360 s'inscrit ainsi dans l'écosystème préexistant, en faisant le lien entre tous les acteurs : ceux du droit commun qu'elle fédère et les acteurs spécialisés (dispositifs d'appui à la coordination, équipes mobiles, équipes relai handicaps rares, pôle de compétences et de prestations externalisées, plateforme de répit, établissements et services médico-sociaux, plateforme emploi accompagnée...) en centrant sa réponse sur les besoins et le projet de la personne ou de ses aidants. Elle apporte une réponse territorialisée et inclusive et constitue de par sa structure, un levier de la transformation de l'offre dans une visée inclusive et une approche systémique.

La communauté 360 est une déclinaison opérationnelle de l'accord de confiance signé le 11 février 2020 par l'État, l'Assemblée des départements de France et les fédérations et organismes gestionnaires. Cet accord soutient et renforce les dynamiques territoriales ayant déjà largement concouru à engager la transformation de l'offre médico-sociale et une accessibilité plus effective aux services de droit commun.

### 1. Principes

---

La communauté 360 fonde son action sur les principes de coresponsabilité des acteurs et de subsidiarité : sa démarche (agile, réactive, concrète, adaptée) vise à se rapprocher des personnes en situation de handicap (et leurs aidants) qui en expriment le besoin ou qui sont confrontées à un risque de rupture de parcours en convoquant en premier ressort des solutions du droit commun.

Cette communauté rassemble autour d'un organisme porteur qui emploie des conseillers en parcours, les acteurs du territoire qui s'engagent collectivement à lever les freins et mettre en œuvre des actions concrètes pour fluidifier les parcours des personnes. Ces conseillers en parcours s'assurent de la réponse concrète aux personnes en situation de handicap, en recherchant des solutions à partir des attentes et besoins exprimés.

Pour ce faire, elle doit :

- Apporter une **réponse inconditionnelle et de proximité** aux besoins des personnes en situation de handicap et leurs aidants, en privilégiant le **milieu ordinaire**, pour soutenir leur participation citoyenne ;
- Permettre **l'accès aux droits** des personnes en situation de handicap en faisant le lien avec les acteurs compétents de l'écosystème (action en subsidiarité) et en mettant en œuvre si nécessaire une logique « d'aller vers » ;
- Soutenir l'expression et les aspirations des personnes en favorisant leur **autodétermination** (voir l'annexe au présent cahier des charges).
- Mobiliser dans une logique de **réponse** l'ensemble des **acteurs institutionnels et associatifs, de droit commun et spécialisés**, pour proposer une réponse concrète globale et inclusive.
- Améliorer l'adéquation de l'offre aux besoins et attentes des personnes, en soutenant le mouvement de transformation de l'offre engagé par les acteurs des territoires ;
- Contribuer, en lien avec les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), à la structuration d'une fonction d'observatoire des réponses apportées aux besoins des personnes et de la qualité des parcours.

Les personnes en situation de handicap et leurs aidants sont des **acteurs centraux** de la communauté 360, qui s'appuie sur leur **expertise** notamment pour :

- Aider à la construction du projet de vie ;
- Construire les réponses concrètes via notamment les pairs-aidants, les associations...
- Sensibiliser et former les professionnels et acteurs de la communauté 360 ;
- Repérer les freins au parcours des personnes en situation de handicap et des personnes sans solution ;
- Etre force de proposition quant à des évolutions organisationnelles et co-construire des innovations dans le cadre de la gouvernance territoriale.

## 2. Publics cibles

---

La communauté 360 apporte une réponse à toute personne en situation de handicap ou aidant en recherche d'appui pour réaliser concrètement son projet.

Elle doit également, dans la logique « d'aller vers » et dans le cadre d'un partenariat opérationnel avec les acteurs concernés, repérer, proposer et construire une solution concrète pour les personnes sans solution, en risque de rupture ou ayant une solution qui ne répond pas ou partiellement à leurs besoins et attentes, telles que :

- Les personnes maintenues en établissement pour enfants au titre de l'«amendement Creton » ;
- Les personnes sur liste d'attente d'un établissement et service médico-social (ESMS) et/ou en sortie d'établissement de santé ;
- Les personnes présentant un risque de rupture de parcours (ex. : transition enfants/adultes, inadéquation de l'accompagnement...) ;
- Les personnes non repérées ou faisant l'objet d'un signalement...

## 3. Professionnels composant la communauté 360

---

La communauté 360 s'appuie sur une équipe financée par des crédits dédiés et constituée à minima de professionnels salariés suivants :

- **Un coordinateur de communauté expérimenté.** Il est notamment en charge de :
  - Animer le collectif et intervenir en appui, si besoin, des conseillers en parcours ;
  - De suivre et rendre compte de l'activité quotidienne de la communauté 360, à l'instance de pilotage de la communauté 360 et au comité territorial départemental (COTER).
  - Coordonner et développer les partenariats et la communication en lien avec la gouvernance territoriale.

- **Des conseillers en parcours.**

En complément, l'ensemble des professionnels exerçant d'ores et déjà des fonctions de conseillers en parcours, de référents parcours, de médiateurs, de facilitateurs de choix de vie, d'assistants projets et parcours de vie, etc., sont partenaires et contributeurs à la communauté 360. Une convention ad hoc est prise avec l'organisme gestionnaire employeur.

Par ailleurs, **le référent réponse accompagnée pour tous/plan d'accompagnement global (RAPT/PAG) de la MDPH** participe activement à la communauté 360 selon des modalités définies par convention avec la MDPH. Selon les situations, d'autres professionnels de la MDPH pourront apporter leur expertise.

Les conseillers en parcours sont à minima formés sur :

- L'autodétermination des personnes.
- La sensibilisation au handicap, à la politique inclusive et aux difficultés et situations de risque de rupture de parcours. Des mises en situations et témoignages sont utilisées.
- Les ressources du territoire sociales, médico-sociales, sanitaires, associatives, institutionnelles.
- Les outils de coordination

Les associations représentant les personnes en situation de handicap, les réseaux de pair-aidants seront mobilisés pour contribuer à la formation.

Des temps de partage d'expérience régionaux peuvent être organisés à l'initiative des communautés 360 avec l'appui si nécessaire de l'agence régionale de santé (ARS) et des départements.

## 4. Organisme porteur et convention d'engagement

---

L'organisme porteur est responsable du fonctionnement de la communauté 360 (les fonctions support en ressources humaines (RH), budgétaires et d'équipement). Il assure un dialogue de gestion avec l'ARS, et le cas échéant le département s'il complète le financement.

Une convention d'engagement est signée entre l'ARS, le département et l'organisme porteur de la communauté 360, comportant la feuille de route de la communauté 360. Une trame de convention d'engagement est présentée en annexe.

Chaque membre cœur du ressort territorial de la communauté 360 désigne ses représentants par courrier.

Le porteur et les membres cœurs définissent leur(s) instance(s) de pilotage opérationnel afin de suivre les activités, d'identifier les blocages et possibilités d'intervention, les besoins et les innovations à remonter en comité territorial départemental (cf. infra) et de suivre l'organisation des articulations opérationnelles avec les acteurs.

Une convention de moyens est adjointe à la convention d'engagement lorsque les membres cœurs mettent à disposition des ressources pour renforcer la communauté.

La MDPH, membre cœur, ne peut être le porteur de la communauté 360 mais peut en être l'animateur direct dès lors que la convention d'engagement prévoirait une forme d'organisation intégrée au sein de la MDPH, en complément et en articulation avec ses missions propres. Dans ce cas, la convention d'engagement précise les modalités de mise à disposition des professionnels recrutés par le porteur.



## 5. Fonctionnement de la communauté 360

---

### A. Missions de la communauté 360

#### a) Organiser des solutions concrètes

La communauté 360 a pour **mission principale d'organiser des solutions concrètes** répondant aux aspirations des personnes en situation de handicap et leurs aidants.

Pour ce faire, les professionnels de la communauté 360 :

- Favorisent l'expression du projet de vie des personnes à partir de leurs aspirations,
- Recherchent des solutions opérationnelles au plus près de leurs lieux de vie,
- Mobilisent en priorité des acteurs de droit commun pour activer les réponses le plus rapidement possible.

Ses modalités de communication sont adaptées pour faciliter le recueil des besoins et attentes. La communauté 360 peut faire appel au réseau de pair-aidants pour faciliter l'élaboration et la mise en œuvre du projet.

#### b) Repérer les personnes sans solution pour leur proposer des réponses concrètes

La communauté 360 met en œuvre la **logique « d'aller vers »** : repérer les personnes sans solution afin de les aider à élaborer un projet et à construire une réponse opérationnelle. Elle peut ainsi intervenir en prévention des risques de rupture de parcours et de complexification de la situation, afin d'aider les personnes à élaborer un projet et construire une réponse opérationnelle à proximité de leurs lieux de vie. Elle développe pour cela un **plan d'actions spécifique avec les acteurs concernés** (associations représentant les personnes en situation de handicap et leurs aidants, MDPH, collectivités locales, associations, pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE), dispositifs d'appui à la coordination (DAC), équipes mobiles d'appui médico-social (EMAS), établissements de santé et médico-sociaux, etc.).

#### c) Etre un levier d'innovation et de transformation de l'offre

La communauté 360 peut **initier des solutions nouvelles** aux besoins non couverts en coordonnant l'élaboration de projets communs entre partenaires de droits communs et/ou spécialisés. Elle est ainsi un levier d'innovation et de transformation de l'offre sociale, médico-sociale, sanitaire et de droit commun. Elle est force de propositions de solutions nouvelles auprès des institutions.

La communauté 360 participe à une fonction d'observatoire pilotée par l'ARS et les départements en lien avec les MDPH. Elle doit ainsi contribuer à une analyse qualitative des réponses apportées et des solutions pérennes proposées.

### B. Modalités d'accès à la communauté 360

La communauté 360 est accessible via :

- Le numéro vert s'appuyant sur une plateforme nationale « Allo 360 » : 0800 360 360.
- Les acteurs de l'accueil, écoute, information du territoire (MDPH, centre communal d'action sociale (CCAS), départements, associations, France service...)

Les sites internet de référence, tels que Mon Parcours Handicap et les sites départementaux communiquent également sur ce numéro national.

### C. Modalités de construction de la solution concrète

La personne en situation de handicap ou l'aidant est mis en relation avec le conseiller en parcours via le numéro « Allo 360 » et/ou directement par un membre de la communauté.

Le conseiller parcours écoute, analyse les besoins et attentes de la personne en situation de handicap dans le respect de l'autodétermination de celle-ci. Il veille à ce que la personne puisse exprimer son projet, en facilitant



l'expression de ses choix de vie. Il peut également s'appuyer sur les évaluations déjà existantes en lien avec les MDPH ou tout autre membre de la communauté 360, dans le respect des règles de partages d'information requérant le consentement de la personne.

Les acteurs du droit commun ou spécialisés, membres ou non de la communauté, sont contactés par le conseiller parcours afin d'échanger sur la situation et contribuer, le cas échéant, à la mise en place de la solution (*ex. contact d'une bibliothèque et d'un service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) pour permettre l'accès à une personne*).

Le conseiller en parcours passe le relais aux acteurs avec qui il a co-construit la réponse de proximité. Il peut à nouveau être sollicité par la personne ou l'aidant à tout moment de son parcours de vie, pour ajuster la solution et/ou co-construire un nouveau projet.

## D. Leviers d'activation de solutions

La communauté 360, par ses fonctions, a pour objet de faciliter l'émergence de réponses rapides et inclusives en mettant en lien les acteurs. Dans le cadre des projets que la communauté 360 doit mettre en place, elle peut solliciter une évolution de l'offre et des dispositifs auprès de l'ensemble des acteurs.

En complément des crédits de fonctionnement, l'ARS peut décider d'allouer une enveloppe supplémentaire de crédits non reconductibles à la communauté 360. Celle-ci pourra mobiliser ces fonds pour mettre en œuvre concrètement l'agencement des solutions dans le délai cible. Le département ou tout membre institutionnel peut décider d'abonder cette enveloppe.

Ces crédits sont utilisés de manière subsidiaire ou en avance de phase pour accélérer la mise en œuvre des solutions dans le droit commun ou dans le cadre d'une solution mixte droit commun/accompagnement médico-social et/ou sanitaire. Les crédits ne peuvent financer de manière pérenne l'attente d'une solution en établissement social ou médico-social (ESMS) qui doit être traitée dans le cadre du dispositif d'orientation permanent (DOP) de la MDPH (PAG). Les critères d'activation de ces crédits doivent être définis avec les autorités de tarification et de contrôle, en lien avec le COTER (cf. infra).

La participation des membres peut aussi être en nature, en toute responsabilité de recherche concrète de solution pour les personnes.

Ces éléments sont inscrits dans le cadre de la convention d'engagement. L'utilisation des crédits complémentaires ainsi que tout apport (financier ou en nature) fait l'objet d'une restitution dans le rapport d'activité et d'une analyse dans le cadre du dialogue de gestion.

## E. Articulation avec le dispositif d'orientation permanent de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

Le DOP mis en place par les MDPH permet des modalités souples de réponse individualisée pour chaque personne sans solution ou exposée à un risque de rupture de prise en charge. Le DOP peut aboutir à la construction d'un PAG, à la demande de la personne et si aucune solution ne permet de répondre à ses besoins<sup>1</sup>.

Du fait des missions confiées à la communauté 360, celle-ci intervient donc en complémentarité des MDPH. La bonne articulation entre le DOP des MDPH et la communauté 360 est de ce fait un enjeu important pour le succès de la démarche.

---

<sup>1</sup> En cas d'indisponibilité ou d'inadaptation des réponses connues, de complexité de la réponse à apporter, ou de risque ou de constat de rupture du parcours de la personne, un plan d'accompagnement global peut être mis en place à sa demande.

- **La communauté 360, acteur de repérage et de concrétisation du projet de vie**

La communauté 360 intervient en prévention de risques de rupture de parcours et de complexification de la situation. Dans ce cadre elle élabore un plan d'actions avec les acteurs du territoire.

Les situations pour lesquelles une solution en première intention peut être proposée rapidement sans passer par un PAG sont traitées dans le cadre de la communauté 360.

Si nécessaire, la communauté 360 fait le lien avec le DOP de la MDPH pour la mise en place d'un PAG.

- **La MDPH, membre cœur de la communauté 360 et rôle du référent RAPT**

La MDPH est membre cœur et partie prenante de la communauté 360, notamment via le référent RAPT (ou PAG)<sup>2</sup>. Le référent participe systématiquement au(x) communauté(s) 360 de son territoire et contribue au suivi des droits concernant les personnes faisant appel à la communauté 360. Il permet la transmission d'informations connues de la MDPH, dans le respect de la confidentialité et avec l'accord de la personne. Il facilite les démarches de ces personnes pour des prestations ou droits délivrés par la MDPH. Il veille à l'adéquation de la solution proposée aux besoins de la personne, évalue les impacts administratifs (notifications commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) et engage le cas échéant la régularisation de la situation.

Il participe à l'identification des situations pour lesquelles la communauté 360 peut déployer sa logique « d'aller vers ». Il participe à la vie de la communauté et au développement des partenariats en appui du coordinateur.

Cette organisation vise à favoriser une articulation et un dialogue permanents entre la communauté 360 et la MDPH. La convention d'engagement la prévoit et en fixe les modalités d'organisation.

## F. Articulation avec les partenaires

Au-delà de la MDPH, la communauté 360 s'inscrit en complémentarité des acteurs territoriaux qui accompagnent la recherche de solutions concrètes pour les personnes en situation de handicap et leurs aidants, en mettant l'accent sur l'autodétermination des personnes et en favorisant leur inclusion en milieu ordinaire.

*A titre d'exemple, le conseiller en parcours peut mobiliser un club sportif pour venir en appui d'un projet d'activité sportive pour un enfant en situation de handicap.*

Afin de construire des réponses concrètes, la communauté 360 :

- S'appuie sur des membres cœurs :
  - Les représentants des personnes en situation de handicap et des aidants, et notamment les associations de familles ;
  - La MDPH,
  - L'organisme porteur ;
  - Les services territoriaux d'action sociale et médico-sociale,
  - Les effecteurs : ESMS, pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE), plateformes de répit (PFR), plateforme de coordination et d'orientation des troubles du neuro-développement (PCO-TND), plateforme d'emploi accompagné, équipe relai handicaps rares..., et tout service de coordination et prestataires pour les personnes en situation de handicap, les dispositifs d'appui à la coordination (DAC)...
  - Education nationale (inspecteur éducation nationale école inclusive)
  - Le service public de l'emploi
  - Centre hospitalier
- Et mobilise un réseau étendu de partenaires du milieu ordinaire (accès aux droits, éducation, emploi, logement, loisirs, collectivités locales, préfecture...) et du secteur social, médico-social et sanitaire (cf. schéma en annexe au présent cahier des charges).

<sup>2</sup> Les modalités d'implication du référent RAPT ou PAG sont à adapter à l'organisation locale, par exemple lorsque ce rôle est réparti entre plusieurs référents RAPT ou PAG

Pour l'ensemble des effecteurs / partenaires, et s'agissant plus particulièrement des DAC en fonction de l'avancement de leur structuration sur les territoires et de leur intervention sur le champ du handicap, une réflexion doit être menée pour définir les complémentarités possibles, l'apport de chacun, voire les mutualisations et collaborations possibles pour l'accompagnement à la recherche de solutions.

## G. Périmètre géographique de la Communauté 360

La communauté 360 a un périmètre d'action départemental, ou infra départemental selon les caractéristiques et projets du territoire et les communautés d'acteurs préexistantes, afin de construire des solutions de proximité.

L'ARS et le département peuvent demander à la communauté 360 d'ajuster son périmètre dans une logique de couverture territoriale complète et efficiente.

Afin qu'aucune situation ne soit sans réponse, dans le cas d'une recherche de solution hors du périmètre d'intervention, le coordinateur de la communauté contacte la communauté 360 compétente territorialement ou la MDPH le cas échéant (situation complexe relevant d'un PAG).

## H. Objectifs cibles et suivi

En lien avec les membres cœurs, la communauté 360 élabore un rapport d'activité annuel qui est transmis chaque année au comité territorial départemental (ARS, département, préfet) et à la CNSA.

Ce rapport d'activité mettra notamment en avant les solutions innovantes qui auront pu être co-construites entre les acteurs au bénéfice des personnes en situation de handicap ayant sollicité les services de la communauté 360 et les freins éventuels rencontrés à travers des indicateurs qualitatifs permettant une analyse de l'adéquation des réponses apportées sur le territoire.

Il comporte également des indicateurs quantitatifs d'activité et de résultat, dont un tableau est proposé en annexe. Le rapport d'activité et les indicateurs quantitatifs et qualitatifs feront l'objet d'un référentiel commun élaboré dans le cadre d'un travail multi partenarial animé par la CNSA.

Ces données contribueront à la fonction observatoire. Les communautés 360 s'équipent ainsi de systèmes d'informations permettant d'assurer la coordination des parcours et également le suivi des indicateurs qualitatifs et quantitatifs.

# 6. Gouvernance

---

## a) Gouvernance départementale : comité territorial départemental

Au niveau départemental, un comité territorial départemental (COTER) coprésidé par l'ARS (représentée par le directeur de la délégation départementale ou un membre de l'agence désigné par le directeur général de l'ARS), le département et le préfet de département (le cas échéant représenté par le sous-préfet à l'inclusion) en lien avec les représentants des personnes en situation de handicap est organisé une fois par semestre. Il s'appuie sur les instances existantes en les élargissant le cas échéant (comité territorial parcours, comité de pilotage RAPT, conférence des financeurs etc.), ou en mettant en place une instance dédiée.

Sa finalité est d'assurer la cohérence avec l'ensemble des politiques publiques et actions mises en place sur les territoires en faveur des personnes en situation de handicap dans l'ensemble des champs en mobilisant les partenaires concernés : petite enfance/jeunesse, protection de l'enfance, santé, éducation, formation, emploi, logement, loisirs, sport, culture, répit, citoyenneté, aménagement du territoire, etc. Il s'agit notamment de veiller à l'articulation de l'ensemble des instances de concertation d'ores et déjà existantes sur les territoires (ex. :

conférence des financeurs de la prévention et de la perte de l'autonomie, le comité départemental de suivi de l'école inclusive (CDSEI), le schéma départemental de l'enfance...) ainsi que des outils de planification.

Dans ce cadre, la communauté 360, qui alimente par ses missions la réflexion sur la transformation de l'offre en faveur des personnes en situation de handicap, présente au COTER l'exécution de sa feuille de route (indicateurs quantitatifs et qualitatifs), les organisations et les processus mis en place avec les acteurs du territoire pour faciliter déployer des solutions dont les innovations. Elle présente également les freins et difficultés éventuels rencontrés.

Le COTER apporte son appui afin de renforcer l'action de la communauté 360 notamment via :

- La recherche de membres/partenaires de la communauté 360 pour démultiplier les solutions ;
- Le déploiement d'un plan de communication et la promotion des actions de sensibilisation et d'implication pour l'inclusion ;
- L'appui à la mise en œuvre du plan d'actions de repérage des personnes sans solution ;
- L'adaptation, chacun dans son champ de compétence, des processus et dispositifs (dynamique de transformation de l'offre, dérogations mises en œuvre pour favoriser la création de solutions) au regard des solutions innovantes émergentes via la communauté 360.

Le COTER est au-delà des copilotes, composé des représentants suivants :

- Représentant(s) des usagers : personnes en situation de handicap et aidants (et notamment les associations de familles), mandataires judiciaires à la protection des majeurs (MJPM), pairs aidants ;
- Membres cœurs de la communauté 360 ;
- Autres collectivités ou services territoriaux : présidents des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), Association de maires de France, représentants des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS / CCIAS), services territorialisés des solidarités départementales ;
- Représentants des fédérations d'organismes gestionnaires médico-sociaux, sociaux et sanitaires ;
- Organismes de l'assurance maladie : caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), Mutualité sociale agricole (MSA), caisse d'allocations familiales (CAF), Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) ;
- Direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités (DDETS), direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ), etc. ;
- Le service public de l'emploi et service public de l'insertion et de l'emploi ;
- Les bailleurs ;
- Les associations ;

## **b) Gouvernance régionale**

Au niveau régional, les travaux de la communauté 360 et son rapport d'activité sont partagés dans le cadre de la commission de coordination des politiques publiques et dans la commission spécialisée pour la prise en charge et les accompagnements médico-sociaux ou au sein d'une instance ad hoc réunissant les acteurs en miroir de ceux de l'instance départementale.

Cette instance permet notamment :

- D'avoir une vision partagée sur la montée en charge des communautés 360, les feuilles de route départementales et leur mise en œuvre (bilan) ;
- D'échanger sur les freins, les leviers et les innovations sur les territoires et apporter un appui chacun dans son champ de compétence ;
- D'harmoniser les pratiques ;
- De proposer (et/ou de relayer) un plan de communication valorisant les avancées portées par les communautés 360.

Les fonctions d'observatoire, sur la base de données quantitatives (via notamment l'outil Via trajectoire) et qualitatives, ainsi réalisées au niveau régional permettent aux différentes institutions de faire converger leurs stratégies d'actions sur l'ensemble des dimensions du parcours des personnes en situation de handicap et leurs aidants ainsi que leurs outils de planification de l'offre le cas échéant.

**c) Gouvernance nationale**

Les communautés 360 mobilisant l'ensemble des acteurs du droit commun et spécialisés pour construire des réponses innovantes dans une visée inclusive, le comité stratégique du secrétariat d'Etat auprès du Premier ministre, chargé des personnes handicapées en suit les avancées et s'assure de la prise en compte des évolutions à conduire à l'échelon interministériel et en lien avec l'Assemblée des départements de France, l'Assemblée des régions de France, la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et d'allocations familiales (CNAF), la CNSA, le CNCPH, les fédérations, etc.

La direction générale de la cohésion sociale (DGCS) assure l'animation interministérielle du dispositif des communautés 360.

Des travaux ad hoc issus des remontées des territoires pourront en outre être menés au sein des comités existants (comité stratégique relatif à la compensation des transports, comité national de l'école inclusive, etc.)

La CNSA anime le réseau des communautés 360.

## Annexes

---

L'autodétermination des personnes en situation de handicap comme principe d'action essentiel des communautés 360

Coopération : les membres cœurs de la communauté 360 et leurs partenaires (liste non exhaustive)

Trame de convention d'engagement de la communauté 360

Outils de fonctionnement de la communauté 360

Tableau de bord d'indicateurs d'activité et de résultat

## L'autodétermination des personnes comme principe d'action essentiel des communautés 360

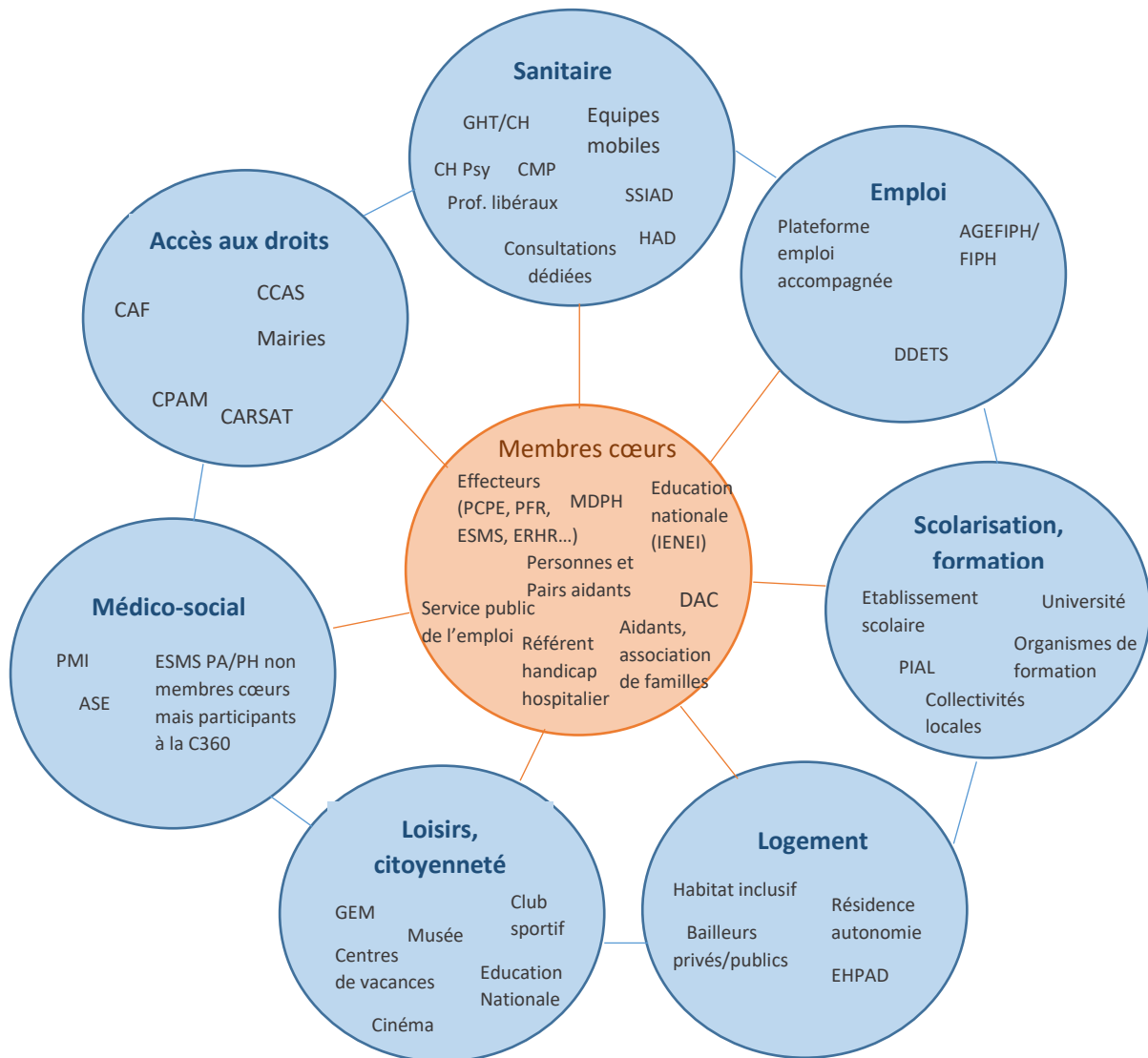
L'autodétermination des personnes en situation de handicap est un principe essentiel qui guide les interventions de la communauté 360. Lors de ses interventions, la communauté 360 doit s'assurer que tout est mis en œuvre pour donner à la personne en situation de handicap la possibilité :

- D'être auteur et acteur de ses propres projets, à court, moyen ou long terme ;
- D'avoir confiance en soi et ses capacités, d'évaluer ses besoins, de prendre des décisions, de demander un appui quand c'est nécessaire et d'identifier les ressources les plus pertinentes ;
- De s'auto-représenter vis-à-vis des différents acteurs et environnements, de savoir que sa propre parole doit être entendue et de défendre ses choix ;
- De concevoir, formuler et exprimer ses demandes, en partant des envies, souhaits, attentes et besoins liés à ses projets ;
- De mettre en œuvre un parcours répondant à ses projets ;
- De connaître les ressources existantes et toutes les possibilités qui répondent aux attentes visées, même celles n'étant pas les plus habituelles ou expertes ;
- De s'appuyer sur l'expertise des environnements pour anticiper et prévenir une éventuelle rupture dans le parcours, éviter une réponse non-pertinente ;
- De réclamer un égal accès aux possibles, de favoriser l'inclusion avec l'objectif d'améliorer la qualité de sa vie grâce à ses propres choix ;
- De s'émanciper en toute connaissance de cause.

D'autre part, les personnes en situation de handicap et leurs aidants sont des acteurs centraux de la communauté 360, qui s'appuie sur leur expertise, notamment pour :

- Aider à la construction du projet de vie ;
- Construire les réponses concrètes via notamment les pairs-aidants, les associations... ;
- Sensibiliser et former les professionnels et acteurs de la communauté 360 ;
- Repérer les freins aux parcours des personnes en situation de handicap ;
- Etre force de proposition quant à des évolutions organisationnelles et co-construire des innovations dans le cadre de gouvernance territoriale.

Coopération : Les membres cœurs de la communauté 360 et leurs partenaires (liste non exhaustive) :





## Trame de convention d'engagement de la communauté 360

### 1. Propos introductifs

### 2. Constitution de la communauté 360

#### A. Objet de la convention d'engagement

- ✓ Missions
- ✓ Engagements

#### B. Composition de la communauté 360

- ✓ Liste des membres cœurs
- ✓ Modalités de participation, retrait, d'exclusion...

#### C. Gouvernance de la communauté 360

- ✓ Instances décisionnelles interne à la communauté 360, rôle, composition, fonctionnement
- ✓ Feuille de route : objectifs de la communauté 360, indicateurs quantitatifs et qualitatifs, modalité de suivi...

#### D. Rôle des membres cœurs de la communauté 360

- ✓ Respect de la convention d'engagement
- ✓ Participation active aux objectifs de la communauté 360
- ✓ Participation aux instances
- ✓ Mise en œuvre des décisions des instances
- ✓ Partage des informations utiles...

### 3. Fonctionnement de la communauté 360

#### A. Responsabilité juridique et financière

- ✓ Modalités de gestion budgétaire et financière en lien avec l'ARS
- ✓ Modalités de suivi de l'activité en lien avec l'ARS
- ✓ Modalités de gestion financière et des crédits d'activation de solutions en lien avec l'ARS, le Département ou tout autre acteur institutionnel le cas échéant.

#### B. Modalités d'administration de la communauté 360

- ✓ Responsabilités hiérarchiques
- ✓ Responsabilités fonctionnelles...

#### C. Modalités d'organisation territoriale

#### D. Coordination et liens avec partenaires internes et externes

- ✓ Modalités de définition et de déploiement d'outils et de procédures communes et harmonisées permettant la recherche de solutions concrètes
- ✓ Modalités de mise en œuvre de la feuille de route
- ✓ Plan d'action pour repérer les personnes sans solution
- ✓ Plan de communication
- ✓ Mobilisation et coopération avec les pair-aidants et les représentants des personnes en situation de handicap.
- ✓ Définition d'une procédure d'utilisation des crédits d'activation de solutions (y compris en directeurs d'acteurs non médico-sociaux).

4. Date d'effet et durée
5. Conciliation et résiliation

## Outils de fonctionnement de la communauté 360

Pour mettre en œuvre ses missions la communauté 360 s'appuie sur des outils existants ou à développer :

- Des modalités ou outils de communication adaptés pour faciliter le recueil des besoins et attentes de la personne en situation de handicap. Pour cela elle peut faire appel au réseau de pair-aidants pour faciliter l'élaboration du projet.
- La cartographie ou annuaire des ressources territoriales spécialisées et de droit commun mobilisables pour répondre aux besoins des personnes.
- Des outils de suivi de l'accompagnement : fiche parcours, tableau Excel ou SI.
- Des outils sécurisés d'échange et de partage d'informations.
- Un plan d'actions pour la mise en œuvre de « l'aller vers », à définir avec les partenaires concernés (associations représentant des personnes en situation de handicap et aidants, maison départementale des personnes handicapées (MDPH), pôle de compétence et de prestation externalisée (PCPE), dispositif d'appui à la coordination (DAC), etc.).
- Un questionnaire de satisfaction permettant une autoévaluation du dispositif.

## Tableau de bord d'indicateurs d'activité et de résultat

	indicateurs (d'activité et de résultat)	Cible	Périodicité
1. Apporter une <b>réponse inconditionnelle et de proximité</b> aux besoins des personnes en situation de handicap et leurs aidants, en privilégiant le <b>milieu ordinaire</b> , pour soutenir leur participation citoyenne	1.1. Nombre total de sollicitations reçues chaque mois par le service cible		
	1.2. Répartition des sollicitations reçues selon le profil de la personne concernée : - enfant en situation de handicap - adulte en situation de handicap - aidant - professionnel		
	1.3. Répartition des sollicitations reçues incluant les types de problématique pour les demandes de recherche de solutions* <i>*Typologie harmonisée à définir en groupe de travail (GT) lors de l'accompagnement au déploiement</i>		
	1.4. Nombre et taux de solutions d'accompagnement proposées à partir des évaluations préexistantes (en lien avec les acteurs ayant déjà évalué la situation ou accompagné la personne)		
	1.5. Nombre et taux de solutions d'accompagnement proposées		
	1.6. Nombre et taux de solutions d'accompagnement acceptées		
	1.7. Délai moyen entre la sollicitation et la première proposition d'accompagnement		
2. Permettre <b>l'accès aux droits</b> des personnes en situation de handicap en faisant le lien avec les acteurs compétents de l'écosystème (action en subsidiarité) et en mettant en œuvre si nécessaire une logique « d'aller vers »	2.1. Nombre de situations accompagnées suite à un repérage du 360 (logique d'aller vers)		
	2.2. Nombre et taux de solutions ad hoc développées avec les partenaires		
	2.3. Nombre et taux de solutions incluant du milieu ordinaire		
3. Soutenir l'expression et les aspirations des personnes en favorisant leur <b>autodétermination</b> (voir l'annexe)	3.1. Part des projets de vie co-construits avec la personne en situation de handicap ou son aidant ou des pairs aidants		
4. S'appuyer sur <b>une équipe formée, outillée et compétente</b>	4.1. Nombre d'équivalents temps plein (ETP) dédiés à la recherche de solutions		
	4.2. Construction et/ou compilation de l'annuaire territorial d'acteurs (de droit commun et spécialisés) : nombre d'acteurs référencés		
	4.3. Temps dédié par chacun des membres cœur à la communauté (en ETP)		
5. <b>Contribuer à l'évolution territoriale de l'offre par la création des réponses nouvelles et innovantes</b> , en coordonnant l'élaboration entre partenaires des projets communs	5.1. Nombre de partenaires hors membres cœur		

Ministère des solidarités et de la santé

**Arrêté du 8 décembre 2021 portant nomination à l'union nationale  
des professionnels de santé**

NOR : SSAS2130519A

Le ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 182-4, R. 182-3 et R. 182-3-3 ;

Vu la proposition du syndicat national des masseurs-kinésithérapeutes ;

Vu la proposition de la fédération nationale des podologues ;

Vu la proposition de la fédération des syndicats dentaires libéraux,

Arrête :

Article 1<sup>er</sup>

Monsieur Guillaume RALL est nommé membre titulaire de l'Union nationale des professionnels de santé en remplacement de Monsieur Mickael MULON au titre des représentants du syndicat national des masseurs-kinésithérapeutes et pour la période du mandat restant à courir.

Article 2

Monsieur David BOUDET est nommé membre titulaire de l'Union nationale des professionnels de santé en remplacement de Monsieur Jean-Loup LAFEUILLADE au titre des représentants de la Fédération nationale des podologues et pour la période du mandat restant à courir.

Article 3

Monsieur Alexandre AKLI est nommé membre remplaçant de l'Union nationale des professionnels de santé en remplacement de Monsieur David BOUDET au titre des représentants de la Fédération nationale des podologues et pour la période du mandat restant à courir.

Article 4

Monsieur Fabien STAGLIANO est nommé membre remplaçant de l'Union nationale des professionnels de santé en remplacement de Madame Meriem KOUIDRI au titre des représentants de la Fédération nationale des podologues et pour la période du mandat restant à courir.

#### Article 5

Monsieur Georges NOACHOVITCH est nommé membre titulaire de l'Union nationale des professionnels de santé en remplacement de Monsieur Jean-François CHABENAT au titre des représentants de la fédération des syndicats dentaires libéraux et pour la période du mandat restant à courir.

#### Article 6

Le directeur de la sécurité sociale et la directrice générale de l'offre de soins sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 8 décembre 2021.

Pour le ministre et par délégation :  
La cheffe de service, adjointe au  
directeur de la sécurité sociale,  
Marianne KERMOAL-BERTHOME

Pour le ministre et par délégation :  
La cheffe de service, adjointe à la  
directrice générale de l'offre de soins,  
Cécile LAMBERT

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

**Décision n° 2021-30 du 10 décembre 2021 de la directrice de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie répartissant, au titre de l'exercice 2021, les crédits du plan d'aide à l'investissement du quotidien**

NOR : SSAX2130532S

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

Vu le code de l'action sociale et des familles et notamment son article L. 14-10-5 2° ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu la circulaire du Premier ministre n° 6250/SG du 10 mars 2021 précisant le cadre général de mise en œuvre du plan de relance dans l'investissement du système de santé, doté de 19 milliards sur 10 ans, ainsi que sa déclinaison tant pour le secteur sanitaire que médico-social ;

Vu l'instruction technique du 23 avril 2021 relative à la mise en œuvre du plan d'aide à l'investissement des établissements et services pour personnes âgées en 2021, précisant les modalités de répartition et les conditions d'emploi de la première tranche 2021 de 450 M€, dont 125 M€ au titre du plan d'aide à l'investissement du quotidien,

Décide :

Article 1<sup>er</sup>

Les crédits mentionnés dans l'instruction du 23 avril 2021 susvisée sont fixés en autorisation d'engagement conformément au tableau annexé à la présente décision.

Les crédits de paiement correspondant aux autorisations d'engagement seront versés en une seule fois conformément à la chronique mentionnée dans ladite annexe.

Fait le 10 décembre 2021.

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

## ANNEXE

## Personnes âgées - Budget d'investissement des ESMS

	PAI INVESTISSEMENT DU QUOTIDIEN AUTORISATION D'ENGAGEMENT (AE) SECTEUR PA	CREDITS DE PAIEMENT (CP) 100% EN 2021
<b>ARS</b>	<b>Secteur PA</b>	<b>Secteur PA</b>
Auvergne-Rhône-Alpes	17 355 861	17 355 861
Bourgogne-Franche-Comté	7 394 876	7 394 876
Bretagne	10 867 164	10 867 164
Centre-Val de Loire	6 159 558	6 159 558
Grand Est	11 841 460	11 841 460
Hauts-de-France	9 752 168	9 752 168
Île-de-France	9 014 607	9 014 607
Normandie	6 992 036	6 992 036
Nouvelle-Aquitaine	13 779 164	13 779 164
Occitanie	12 127 607	12 127 607
Pays de la Loire	11 681 218	11 681 218
Provence-Alpes-Côte d'Azur	6 381 496	6 381 496
<b>France métropolitaine</b>	<b>123 347 215</b>	<b>123 347 215</b>
Corse	317 135	317 135
Guadeloupe	357 111	357 111
Guyane	66 665	66 665
Martinique	508 197	508 197
La Réunion	403 677	403 677
Mayotte	-	-
<b>France insulaire</b>	<b>1 652 785</b>	<b>1 652 785</b>
<b>France entière</b>	<b>125 000 000</b>	<b>125 000 000</b>



Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

**Décision n° 2021-37 du 10 décembre 2021 de la directrice de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie répartissant, au titre de l'exercice 2021, entre ARS, les crédits dans le cadre de l'appel à projets national du programme « ESMS numérique »**

NOR : SSAX2130534S

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

Vu l'article L. 14-10-5 2° du code de l'action sociale et des familles ;

Vu la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale ;

Vu le 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 ;

Vu la circulaire du Premier ministre 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 ;

Vu l'instruction n° DNS/CNSA/DGCS/2021/139 du 25 juin 2021 relative à la mise en œuvre de la deuxième étape de la phase d'amorçage du programme « ESMS numérique » ;

Vu l'appel à projets national du 14 septembre 2021 intitulé « Appel à projets national ESMS numérique » ;

Vu l'avis rendu par le jury de l'appel à projets du 7 décembre 2021,

Décide :

Article 1<sup>er</sup>

Il est attribué une subvention aux projets déposés par les organismes gestionnaires suivants, dans la limite du plafond de subvention indiqué pour chacun.

N° de dossier	Organisme gestionnaire	ARS référente	Montant de subvention accordé
00006040	FONDATION OVE	AUVERGNE RHONE-ALPES	645 000,00 €
00007145	CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE	BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE	755 000,00 €
00007148	ASSOCIATION GROUPE SOS SOLIDARITÉS	ILE-DE-FRANCE	406 472, 00 €
00007150	HOPITAL DU PAYS SALONNAIS	PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	1 053 254,00 €
00007156	FÉDÉRATION ADDICTION	PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	4 295 000,00 €

00007158	BIEN A LA MAISON	NORMANDIE	495 000,00 €
00007159	UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS ADMR	BRETAGNE	758 710,00 €
00007159	FONDATION PARTAGE ET VIE	HAUTS-DE-FRANCE	790 000,00 €
00007152	APF FRANCE HANDICAP	ILE-DE-FRANCE	2 763 000,00 €
00006525	GNCHR	ILE-DE-FRANCE	238 212,00 €
		<b>TOTAL</b>	<b>12 199 648,00 €</b>

### Article 2

La Direction des établissements et services médico-sociaux est chargée du suivi de cette décision.

Les ARS référentes sont chargées de conventionner avec les organismes gestionnaires. Les conventions définiront les modalités de versement des subventions par l'intermédiaire de la Caisse des dépôts, gestionnaire du FMIS.

### Article 3

Au regard de l'article 1<sup>er</sup>, seules les ARS mentionnées dans le tableau ci-dessous sont autorisées à engager des fonds dans la limite du plafond indiqué pour chacune :

<b>ARS</b>	<b>Autorisation</b>
AUVERGNE-RHONE-ALPES	645 000 €
BRETAGNE	758 710 €
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE	755 000 €
HAUTS-DE-FRANCE	790 000 €
ILE-DE-FRANCE	3 407 684 €
NORMANDIE	495 000 €
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	5 348 254 €
<b>TOTAL</b>	<b>12 199 648,00 €</b>

Fait le 10 décembre 2021.

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

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

**Décision n° 2021-38 du 10 décembre 2021 de la directrice de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie répartissant, au titre de l'exercice 2021, les crédits dans le cadre des appels à projets régionaux du temps 2 de la phase d'amorçage du programme « ESMS numérique »**

NOR : SSAX2130535S

La Directrice de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie,

Vu l'article L. 14-10-5 2° du code de l'action sociale et des familles ;

Vu la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale ;

Vu le 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 ;

Vu la circulaire du Premier ministre 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 ;

Vu l'instruction n° DNS/CNSA/DGCS/2021/139 du 25 juin 2021 relative à la mise en œuvre de la deuxième étape de la phase d'amorçage du programme « ESMS numérique » ;

Vu les appels à projets régionaux lancés en 2021 par les ARS,

Décide :

Article 1<sup>er</sup>

Dans le cadre du programme « ESMS Numérique », pour 2021, les ARS mentionnées dans le tableau suivant sont autorisées à engager des fonds dans la limite du plafond indiqué pour chacune.

Article 2

La Direction des établissements et services médico-sociaux est chargée du suivi et de la mise en œuvre de cette décision.

Les ARS référentes sont chargées de conventionner avec les organismes gestionnaires. Les conventions définiront les modalités de versement des subventions par l'intermédiaire de la Caisse des dépôts, gestionnaire du FMIS.

Région	Enveloppe mise à disposition
Auvergne-Rhône-Alpes	9 336 527 €
Bourgogne-Franche-Comté	4 987 198 €
retagne	3 970 000 €
Centre-Val de Loire	3 015 000 €
Corse	500 000 €

Grand Est	5 818 710 €
Guadeloupe	450 000 €
Guyane	405 000 €
Hauts-de-France	6 495 000 €
Ile-de-France	10 162 272 €
Martinique	560 000 €
Mayotte	525 000 €
Normandie	430 000 €
Nouvelle-Aquitaine	4 236 699 €
Occitanie	7 025 000 €
Pays de la Loire	7 085 000 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4 605 000 €
La Réunion	500 000 €
Total	75 000 000 €

Fait le 10 décembre 2021.

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

Ministère des solidarités et de la santé

**Arrêté du 10 décembre 2021 relatif à l'agrément de certains accords de travail applicables dans les établissements et services du secteur social et médico-social privé à but non lucratif**

NOR : SSAA2136324A

*(texte publié au Journal officiel de la République française n° 294 du 18 décembre 2021)*

Le ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 314-6 et R. 314-197 à R. 314-200 ;

Vu les avis de la Commission nationale d'agrément, mentionnée à l'article R. 314-198, en date du 18 novembre 2021 ;

Vu les notifications en date du 19 novembre 2021,

Arrête :

Article 1<sup>er</sup>

Sont agréés, sous réserve de l'application des dispositions législatives ou réglementaires en vigueur, à compter de la date prévue dans le texte ou, à défaut, de la date de publication du présent arrêté au Journal officiel de la République française, les accords collectifs de travail et décisions suivants :

I – Accords de branche et conventions collectives

1 – Convention collective du 31 octobre 1951 (FEHAP)

Recommandation patronale du 25 octobre 2021 relative à la création d'une prime « Grand Âge ».

II – Accords d'entreprises et décisions unilatérales

A) Accords et décisions unilatérales relatifs au versement de la prime exceptionnelle en faveur du pouvoir d'achat

1 – UDAF de Haute-Corse  
20200 Bastia

Décision unilatérale du 27 septembre 2021.

2 – AGAPEI  
31015 Toulouse

Accord d'entreprise du 7 octobre 2021.

3 – Association Relais – Le Chemin  
47000 Agen

Décision unilatérale du 13 septembre 2021.

4 – Association Est Accompagnement  
57000 Metz

Protocole d'accord du 27 octobre 2021.

5 – Groupement ACPPA  
69340 Francheville

Accord d'entreprise du 23 août 2021.

B) Autres accords et décisions unilatérales

1 – GAMMES SAAD  
34000 Montpellier

Accord d'entreprise du 31 août 2021 relatif à la négociation annuelle obligatoire.

2 – Association OPPELIA  
75001 Paris

Accord du 20 novembre 2020 relatif à l'organisation du télétravail.

3 – Fondation l'Elan Retrouvé  
75005 Paris

Accord du 25 juin 2021 relatif au forfait mobilités durables.

4 – Association France Fraternités  
75018 Paris

- a) Accord du 27 février 2019 relatif à la création d'un statut collectif pour les salariés de France Fraternités.
- b) Avenant n° 1 du 9 juin 2021 relatif à l'actualisation du statut du 27 février 2019.
- c) Avenant du 9 juin 2021 relatif à la : revalorisation de la valeur du point.

5 – UNAPEI 92  
92310 Sèvres

- a) Accord de méthode du 29 septembre 2020 modifié par avenant n° 1 du 21 décembre 2020 et n° 2 du 31 mai 2021 relatif à la négociation collective de l'accord d'aménagement du temps de travail.
- b) Accord d'entreprise du 8 décembre 2020 relatif aux élections professionnelles complémentaires.
- c) Accord d'entreprise du 8 décembre 2020 relatif à la mise en place du vote électronique pour les élections professionnelles.
- d) Avenant n° 1 du 9 décembre 2020 à l'accord d'entreprise du 18 avril 2019 relatif au fonctionnement des CSE-E et du CSE-C.

6 – ADEF Résidences  
94200 Ivry-sur-Seine

Accord du 12 mai 2021 relatif au forfait mobilités durables.

Article 2

Ne sont pas agréés les accords collectifs et décisions unilatérales de travail suivant :

I – Accords d’entreprises et décisions unilatérales

A) Accords et décisions unilatérales relatifs au versement de la prime exceptionnelle en faveur du pouvoir d’achat

1 – Association Horizon Jeunesse Oasis  
44000 Nantes

Décision unilatérale du 5 octobre 2021.

2 – Association Relais – Foyer l’Oustalet  
47000 Agen

Décision unilatérale du 13 septembre 2021.

B) Autres accords et décisions unilatérales

1 – Association Soins et Maintien à Domicile  
49300 Cholet

Accord d’entreprise du 11 août 2021 relatif à la mise en place du complément de traitement indiciaire (CTI).

Article 3

Le présent arrêté sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 10 décembre 2021.

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

Nota : le texte de l’accord et de l’avenant cités à l’article 1<sup>er</sup> (I) ci-dessus sera publié au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité disponible sur les sites intranet et internet du ministère des solidarités et de la santé.

## CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DU 31 OCTOBRE 1951

**Recommandation patronale du 25 octobre 2021  
relative à l'attribution d'une prime Grand âge****Préambule :**

Suite à la crise sanitaire et après échange les partenaires sociaux ont souhaité poursuivre le mouvement de reconnaissance et de valorisation de l'engagement des professionnels exerçant auprès des personnes âgées, à l'instar des mesures d'ores et déjà mises en place dans la fonction publique en 2020.

De plus, la mise en place d'une mesure spécifique à la CCN51 permettra également d'apporter une réponse aux préoccupations des structures accueillant, soignant et accompagnant les personnes âgées, qui sont confrontées à un manque d'attractivité, notamment du métier d'aide-soignant.

Un avenant du 29 juin 2021 signé par trois organisations syndicales a été soumis à la procédure d'agrément (118 euros au 1<sup>er</sup> octobre 2021).

Les pouvoirs publics ont indiqué ne pas être en capacité d'agréer le texte compte tenu de l'effet report sur 2022 de la mesure et de l'absence de visibilité sur le taux d'évolution 2022 de la masse salariale.

Dans ce contexte et après arbitrage du Cabinet Ministériel, un nouveau texte a été négocié et mis à la signature des organisations syndicales.

Une seule organisation syndicale a été signataire du texte. Cette organisation ne réunissant pas le taux requis pour rendre le texte valable, la FEHAP prend la présente recommandation patronale, qui met en œuvre la mesure de façon échelonnée, en lien avec sa soutenabilité financière, selon la démarche suivante :

- la présente recommandation correspond à la 1<sup>ère</sup> étape de la mesure,
- de nouvelles négociations auront lieu en 2022, puis en 2023, afin de poursuivre la montée en charge de ladite mesure, en se fixant comme objectif d'atteindre le montant « cible » de la prime, à hauteur de 118 euros en 2023.

**Article 1<sup>er</sup> :**

Il est créé un article A3.4.8 dans la CCN51 intitulé « Prime Grand âge » rédigé comme suit.

« Une prime mensuelle « Grand âge » est versée aux aides-soignants, aides médico-psychologiques, accompagnants éducatifs et sociaux, auxiliaires de puériculture exerçant dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les accueils de jour autonomes, les hébergements temporaires pour personnes âgées autonomes ayant un forfait soins, les résidences autonomie et les SSIAD.

Le montant de la prime est égal à 70 euros brut pour un temps plein.



*Recommandation patronale du 25 octobre 2021 relative à  
l'attribution d'une prime Grand âge*

Le montant de la prime est fixé proportionnellement au temps de travail assuré dans une structure visée à l'alinéa 1<sup>er</sup> quand le bénéficiaire y exerce pour une durée inférieure au temps plein.

Pour les salariés exerçant dans plusieurs structures visées à l'alinéa 1<sup>er</sup>, le montant de la prime est calculé au prorata du temps accompli dans chacune de ces structures.

La prime « Grand âge » se cumule avec la prime visée à l'article A3.4.7 dès lors que les salariés visés ci-dessus remplissent également les conditions requises pour bénéficier de cette dernière.

**Article 2 :**

La prime « Grand âge » ne peut en aucun cas se cumuler avec tout autre avantage, notamment prime ou indemnité ayant le même objet, instauré par accord collectif, contractuellement, unilatéralement ou par usage, dont bénéficieraient déjà les personnels visés à l'article 1<sup>er</sup> de la présente recommandation patronale, seul le plus favorable étant alors appliqué.

**Article 3 : Date d'application et durée de la présente recommandation patronale**

La présente recommandation patronale est conclue à durée indéterminée et prend effet le 1<sup>er</sup> juin 2021.

Il est expressément convenu que son entrée en vigueur est suspendue à l'obtention de son agrément ministériel conformément aux dispositions prévues par l'article L 314-6 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Fait à Paris, le 25 octobre 2021

La Fédération des Etablissements  
Hospitaliers et d'Aide à la Personne  
Privés non lucratifs

Le Directeur Général

**Signé**

Ministère des solidarités et de la santé

**Arrêté du 10 décembre 2021 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'Agence régionale de santé de La Réunion**

NOR : SSAZ2130515A

Le ministre des solidarités et de la santé,

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

Vu la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à la transformation et à l'organisation du système de santé, notamment l'article 64, III, 1° ;

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

Vu le décret n° 2020-18 du 10 janvier 2020 relatif à l'organisation du système de santé à La Réunion et à Mayotte ;

Vu le décret n° 2020-189 du 3 mars 2020 portant diverses dispositions d'application de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé à La Réunion et à Mayotte ;

Vu l'arrêté du 17 novembre 2020 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'Agence régionale de santé de La Réunion ;

Vu l'arrêté du 10 décembre 2020 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'Agence régionale de santé de La Réunion,

Arrête :

Article 1<sup>er</sup>

Sont nommés membres du conseil de surveillance de l'Agence régionale de santé de La Réunion :

1°) Au titre du I – 1° b) de l'article D. 1443-4 du code de la santé publique, représentants de l'Etat :

- Damienne VERGUIN (directrice de l'économie, de l'emploi, du travail et de la solidarité).

2°) Au titre du I – 3° de l'article D. 1443-4 du code de la santé publique, représentants des collectivités territoriales :

- Laetitia LEBRETON, titulaire et, Patrick LEBRETON comme suppléant, conseillers régionaux de La Réunion désignés par le conseil régional ;
- Jean-Marie VIRAPOULLE, titulaire et, Vivianne PAYET BEN HAMIDA et Sidoleine PAPAYA suppléantes, conseillers départementaux de La Réunion désignés par le conseil départemental.

3°) Au titre du I – 5° de l'article D. 1443-4 du code de la santé publique, personnalités qualifiées dans les domaines de compétence de l'agence, désignées par les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées :

- Loup WOLFF (directeur inter-régional de La Réunion-Mayotte de l'INSEE) en remplacement de Aurélien DAUBAIRE.

#### 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 10 décembre 2021.

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

Ministère de l'économie, des finances et de la relance  
Ministère des solidarités et de la santé  
Ministère de l'agriculture et de l'alimentation

**Arrêté du 13 décembre 2021 portant désignation d'un membre du conseil scientifique  
qui assiste le comité d'histoire de la sécurité sociale**

NOR : SSAS2130520A

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

Vu l'arrêté du 22 novembre 2012 portant réforme du comité d'histoire de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 11 janvier 2021 portant nomination des membres du conseil scientifique,

Arrêtent :

Article 1<sup>er</sup>

Mme Célia KEREN, maîtresse de conférences à Sciences Po Toulouse, est nommée membre du conseil scientifique pour la durée du mandat restant à courir des membres désignés par l'arrêté susvisé du 11 janvier 2021.

Article 2

Le directeur de la sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Bulletin officiel du ministère des solidarités et de la santé.

Fait le 13 décembre 2021.

Pour les ministres et par délégation :

Le chef de service, adjoint au  
directeur de la sécurité sociale,  
Laurent GALLET

Pour le ministre de l'agriculture  
et de l'alimentation et par délégation :

Le chef de service des affaires financières,  
sociales et logistiques,  
Sébastien COLLIAT



**GOVERNEMENT**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**NOTE D'INFORMATION INTERMINISTERIELLE N° DGOS/PF2/DSS/1C/2021/250** du 14 décembre 2021 relative à l'évolution des modalités de prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation, à titre dérogatoire et transitoire, des spécialités pharmaceutiques à base d'immunoglobulines humaines faisant l'objet d'une autorisation d'importation dans un contexte de tensions d'approvisionnement des spécialités équivalentes.

Le ministre des solidarités et de la santé  
Le ministre de l'économie, des finances et de la relance

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux  
des agences régionales de santé

Copie à :

Mesdames et Messieurs les directeurs  
des établissements de santé (pour mise en œuvre)  
Monsieur le directeur général de la Caisse nationale  
d'assurance maladie (pour mise en œuvre)  
Monsieur le directeur général de la Caisse centrale  
de la mutualité sociale agricole (pour mise en œuvre)  
Monsieur le directeur général de l'Union nationale  
des caisses d'assurance maladie (pour mise en œuvre)

<b>Référence</b>	NOR : SSAH2137580J (numéro interne : 2021/250)
<b>Date de signature</b>	14/12/2021
<b>Emetteurs</b>	Ministère des solidarités et de la santé Direction générale de l'offre de soins Direction de la sécurité sociale Ministère de l'économie, des finances et de la relance
<b>Objet</b>	Evolution des modalités de prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation, à titre dérogatoire et transitoire, des spécialités pharmaceutiques à base d'immunoglobulines humaines faisant l'objet d'une autorisation d'importation dans un contexte de tensions d'approvisionnement des spécialités équivalentes.
<b>Contacts utiles</b>	Direction générale de l'offre de soins Sous-direction Pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins Bureau accès aux produits de santé et sécurité des soins (PF2) Clément HARTMANN Tél. : 01 40 56 67 64 Mél. : <a href="mailto:clement.hartmann@sante.gouv.fr">clement.hartmann@sante.gouv.fr</a>

	Direction de la sécurité sociale Sous-direction Financement du système de soins Bureau des produits de santé (1C) Mégane LESAIGNOUX Tél. : 01 40 56 51 18 Mél. : <a href="mailto:megane.lesaignoux@sante.gouv.fr">megane.lesaignoux@sante.gouv.fr</a>
<b>Nombre de pages et annexes</b>	4 pages + 1 annexe de 1 page Annexe - Liste des spécialités importées et des indications prises en charge en sus des GHS à titre dérogatoire
<b>Résumé</b>	Lors de tensions d'approvisionnement avec une spécialité habituellement commercialisée en France, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) peut accorder une autorisation d'importation pour une spécialité non destinée initialement au marché français. Cette note d'information précise les modalités de prise en charge des spécialités à base d'immunoglobulines polyvalentes humaines faisant l'objet d'une autorisation d'importation pour pallier les tensions d'approvisionnement d'une spécialité dont une ou plusieurs des indications thérapeutiques sont inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale (dite « liste en sus ») et qui bénéficient à ce titre d'une prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation. Cette note récapitule par ailleurs les spécialités et les indications concernées par cette prise en charge dérogatoire.
<b>Mention Outre-mer</b>	Ces dispositions s'appliquent dans les départements et régions d'Outre-mer, à Saint Barthélemy et à Saint Martin.
<b>Mots-clés</b>	Liste en sus, rétrocession, importation, tension d'approvisionnement.
<b>Classement thématique</b>	Pharmacie humaine
<b>Texte de référence</b>	Article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale
<b>Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP du 17 décembre 2021 - N° 90</b>	
<b>Document opposable</b>	Oui
<b>Déposée sur le site Légifrance</b>	Non
<b>Publiée au BO</b>	Oui
<b>Date d'application</b>	01/12/2021

## I. Contexte

Dans le contexte de tensions d'approvisionnement en immunoglobulines humaines polyvalentes qui vont persister compte-tenu d'une pénurie mondiale en matière première liée à la situation sanitaire, l'ANSM a accordé une autorisation d'importation pour des spécialités à base d'immunoglobulines humaines polyvalentes.

Certaines indications de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) de ces spécialités sont inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale (dite « liste en sus »).

La note d'information :

- Présente en annexe, la liste des spécialités importées à base d'immunoglobulines humaines polyvalentes prises en charge à titre exceptionnel et transitoire en sus des tarifs d'hospitalisation, ainsi que, pour chacune des spécialités importées son tarif de responsabilité. La liste rappelle également les seules indications thérapeutiques prises en charge en sus pour ces spécialités.
- Fixe les modalités de codage par indication pour les spécialités importées concernées.

La prise en charge en sus des différentes spécialités concernées prend fin aux termes de l'autorisation d'importation délivrée par l'ANSM, et au plus tard à la date précisée dans le tableau annexé, après la publication de la présente note d'information.

Le principe d'une note d'information dédiée à l'ensemble des spécialités à base d'immunoglobulines humaines polyvalentes concernées par cette prise en charge dérogatoire et exceptionnelle est retenu. Une nouvelle note sera publiée en tant que de besoin.

## II. Modalités de déclaration

### ▪ Administration au cours d'un séjour

A compter du 1<sup>er</sup> décembre 2021, les établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif (ex-dotation globale [DG]) et les établissements de santé privés (ex-objectif quantifié national [OQN]) effectuent une déclaration des consommations selon le modèle utilisé pour le suivi des médicaments inscrits sur la liste en sus (FICHCOMP). Ils déclarent les consommations des unités communes de dispensation (UCD) de la spécialité concernée et le prix d'achat, dans les indications thérapeutiques prises en charge.

Le champ permettant la saisie du code indication dans FICHCOMP est complété (cf. III). Les dispositions relatives au codage de l'indication s'appliquent également pour les spécialités importées visées dans cette note.

La facturation par les établissements ex-OQN est établie avec le code prestation PH8 à l'instar des spécialités inscrites sur la liste en sus et reportée dans les résumés standard de facturation (RSF) correspondants pour le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

La prise en charge de ces spécialités, dans les indications ouvrant droit à cette prise en charge, est effectuée sur la base du tarif maximal de responsabilité fixé en annexe pour chaque UCD.

### ▪ Dispensation en rétrocession

Lors de la dispensation par une pharmacie à usage intérieur (PUI) autorisée à assurer l'activité de vente au public mentionnée au 1<sup>o</sup> de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique, le prix de cession est prévu à l'article R. 163-9-1 du code de la sécurité sociale.

Pour les délivrances par les pharmacies à usage intérieur dans le cadre de la rétrocession, des spécialités mentionnées dans le tableau en annexe sont facturées aux caisses d'Assurance maladie en utilisant le code nature prestation des médicaments pris en charge à 100 % en rétrocession : **PHH et le code UCD correspondant.**

### III. Le codage par indication des spécialités faisant l'objet d'autorisation d'importation en cas de tensions d'approvisionnement de la spécialité habituellement commercialisée en France

Suite à la publication de la présente note d'information, le référentiel administratif portant la codification des indications des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus, mis en ligne sur le site du ministère des solidarités et de la santé<sup>1</sup>, sera mis à jour afin de permettre le codage par indication des spécialités importées mentionnées dans la présente annexe.

En application de la présente note, le référentiel mentionnera la date de fin de prise en charge en sus pour chacune des spécialités concernées.

### IV. Hiérarchisation des indications des immunoglobulines humaines polyvalentes

Un tableau de hiérarchisation<sup>2</sup> des immunoglobulines polyvalentes humaines est disponible sur le site de l'ANSM. Il définit les usages prioritaires permettant de maîtriser davantage les prescriptions dans un contexte de tension d'approvisionnement.

La liste annexée à cette note d'information sera mise à jour en tant que de besoin avec les spécialités importées bénéficiant d'une prise en charge en sus des groupements homogènes de séjour (GHS) à titre dérogatoire.

Les établissements sont invités à faire part à l'agence régionale de santé ou aux observatoires du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDITs) dont ils relèvent des éventuelles difficultés rencontrées.

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



Franck VON LENNEP

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



Katia JULIENNE

<sup>1</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/professionnels-de-sante/autorisation-de-mise-sur-le-marche/la-liste-en-sus/article/referentiel-des-indications-des-specialites-pharmaceutiques-inscrites-sur-la>

<sup>2</sup> <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Utilisation-des-immunoglobulines-humaines-polyvalentes-Ig-dans-un-contexte-de-tensions-d-approvisionnement-point-sur-les-actions-mises-en-aeuvre-Point-d-Information>



## ANNEXE

## Liste des spécialités importées et des indications prises en charge en sus des GHS à titre dérogatoire

Indications relevant de la prise en charge dérogatoire et exceptionnelle					
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Traitement de substitution chez les adultes et chez les enfants et adolescents (0-18 ans) en cas de déficits immunitaires primitifs (DIP) avec altération de la production d'anticorps.</li> <li>2. Traitement de substitution chez les adultes et chez les enfants et adolescents (0-18 ans) en cas de déficits immunitaires secondaires (DIS) chez les patients souffrant d'infections graves ou récurrentes, en échec d'un traitement antibiotique et ayant, soit un défaut de production d'anticorps spécifiques (DPAS) avéré, soit un IgG taux sérique &lt;4 g/l.</li> <li>3. Traitement substitutif chez l'adulte, l'enfant et l'adolescent (de 0 à 18 ans) atteint d'hypogammaglobulinémie et infections bactériennes récurrentes chez les patients atteints de leucémie lymphoïde chronique (LLC), chez qui les antibiotiques prophylactiques n'ont pas fonctionné ou sont contre-indiqués.</li> <li>4. Traitement substitutif chez l'adulte, l'enfant et l'adolescent (de 0 à 18 ans) atteint d'hypogammaglobulinémie et infections bactériennes récurrentes chez les patients atteints de myélome multiple.</li> <li>5. Traitement substitutif chez l'adulte, l'enfant et l'adolescent (de 0 à 18 ans) atteint d'hypogammaglobulinémie chez des patients avant ou après une transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogéniques.</li> <li>6. Traitement immunomodulateur chez les adultes et chez les enfants et adolescents (0-18 ans) en cas de thrombocytopenie immune primaire (TIP) chez les patients présentant un risque hémorragique élevé ou préalablement à tout acte chirurgical, afin de corriger le nombre de plaquettes.</li> <li>7. Traitement de substitution chez les adultes, et les enfants et adolescents (âgés de 0 à 18 ans) : infection congénitale par le VIH avec infections bactériennes récurrentes.</li> <li>8. Traitement immunomodulateur chez les adultes et chez les enfants et adolescents (0-18 ans) en cas de syndrome de Guillain-Barré.</li> <li>9. Traitement immunomodulateur chez les adultes et chez les enfants et adolescents (0-18 ans) en cas de maladie de Kawasaki.</li> <li>10. Traitement immunomodulateur dans les polyradiculoneuropathies inflammatoires démyélinisantes chroniques (PIDC).</li> <li>11. Traitement immunomodulateur chez les adultes et chez les enfants et adolescents (0-18 ans) en cas de neuropathie motrice multifocale (NMM).</li> <li>12. Traitement immunomodulateur : rétinocoroïdite de Birdshot.</li> </ol>					
Code UCD	Dénomination commune internationale	Libellé de la spécialité pharmaceutique	Laboratoire exploitant ou titulaire de l'autorisation d'importation	Tarif (HT) maximal de responsabilité par UCD (en €)	Date de fin de prise en charge (au plus tard)
3400890018418	Immunoglobuline Humaine Normale	IG VENA 50MG/ML PERF FL50ML 1	CEVIDRA	137,50 €	31/12/2023
3400890010467	Immunoglobuline Humaine Normale	IG VENA 50MG/ML PERF FL100ML 1	CEVIDRA	275,00 €	31/12/2023
3400890010481	Immunoglobuline Humaine Normale	IG VENA 50MG/ML PERF FL200ML 1	CEVIDRA	550,00 €	31/12/2023
3400890011587	Immunoglobuline Humaine Normale	INTRATECT 50 g/l, solution pour perfusion en flacon de 20 ml	BIOTEST AG	55,00 €	31/12/2023
3400890011617	Immunoglobuline Humaine Normale	INTRATECT 50 g/l, solution pour perfusion en flacon de 50 ml	BIOTEST AG	137,50 €	31/12/2023
3400890011570	Immunoglobuline Humaine Normale	INTRATECT 50 g/l, solution pour perfusion en flacon de 100 ml	BIOTEST AG	275,00 €	31/12/2023
3400890011600	Immunoglobuline Humaine Normale	INTRATECT 50 g/l, solution pour perfusion en flacon de 200 ml	BIOTEST AG	550,00 €	31/12/2023
3400890011532	Immunoglobuline Humaine Normale	INTRATECT 100 g/l, solution pour perfusion en flacon de 10 ml	BIOTEST AG	55,00 €	31/12/2023
3400890011563	Immunoglobuline Humaine Normale	INTRATECT 100 g/l, solution pour perfusion en flacon de 50 ml	BIOTEST AG	275,00 €	31/12/2023
3400890011549	Immunoglobuline Humaine Normale	INTRATECT 100 g/l, solution pour perfusion en flacon de 100 ml	BIOTEST AG	550,00 €	31/12/2023
3400890011556	Immunoglobuline Humaine Normale	INTRATECT 100 g/l, solution pour perfusion en flacon de 200 ml	BIOTEST AG	1 100,00 €	31/12/2023


**MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ**
*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**INSTRUCTION N° DGOS/R3/2021/249** du 14 décembre 2021 relative à l'accompagnement financier pour la mise en place de dispositifs de gestion des lits dans le cadre de la circulaire n° DGOS/R2/2019/235 du 7 novembre 2019 relative à l'anticipation des tensions liées aux hospitalisations non programmées et au déploiement du besoin journalier minimal en lits dans tous les établissements publics et privés et groupements hospitaliers de territoire.

Le ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux  
des agences régionales de santé

<b>Référence</b>	NOR : SSAH2137578J (numéro interne : 2021/249)
<b>Date de signature</b>	14/12/2021
<b>Emetteurs</b>	Ministère des solidarités et de la santé Direction générale de l'offre de soins
<b>Objet</b>	Accompagnement financier pour la mise en place de dispositifs de gestion des lits dans le cadre de la circulaire n° DGOS/R2/2019/235 du 7 novembre 2019 relative à l'anticipation des tensions liées aux hospitalisations non programmées et au déploiement du besoin journalier minimal en lits dans tous les établissements publics et privés et groupements hospitaliers de territoire.
<b>Commande</b>	Mise en œuvre d'une stratégie régionale d'appui à la gestion des lits en établissements de santé dans le cadre de l'anticipation des tensions hospitalières.
<b>Actions à réaliser</b>	Accompagnement du déploiement de dispositifs de gestion des lits « bed management » au niveau des groupements hospitaliers de territoire (GHT) et son extension à tous les établissements publics et privés disposant d'un service d'urgence.
<b>Echéance</b>	Stratégie finalisée au 31/03/2022
<b>Contacts utiles</b>	Sous-direction de la régulation de l'offre de soins Bureau Plateaux techniques et prises en charge aigues (R3) Personne chargée du dossier : Philippe FAUCHOIT Tél. : 01 40 56 45 69 Mél. : <a href="mailto:philippe.fauchoit@sante.gouv.fr">philippe.fauchoit@sante.gouv.fr</a>

	<p>Sous-direction Performance des acteurs de l'offre de soins          Bureau PF5          Personnes chargées du dossier :          Caroline LE GLOAN          Mél. : <a href="mailto:caroline.legloan@sante.gouv.fr">caroline.legloan@sante.gouv.fr</a>          Marie-Gabrielle RIETSCH          Mél. : <a href="mailto:marie-gabrielle.rietsch@sante.gouv.fr">marie-gabrielle.rietsch@sante.gouv.fr</a></p>
<b>Nombre de pages et annexe</b>	<p>7 pages + 1 annexe de 1 page          Annexe - Répartition des crédits AC non reconductibles par région concernant les crédits d'outils de gestion automatisée des lits – délégation 2020.</p>
<b>Résumé</b>	<p>Cette instruction fait suite au lancement du Pacte de refondation des urgences le 9 septembre 2019 et complète la circulaire n° DGOS/R2/2019/235 du 7 novembre 2019. La mesure 12 du Pacte « Fluidifier l'aval des urgences par l'engagement de tous en faveur de l'accueil des hospitalisations non programmées » instaure l'obligation de mise en place d'un dispositif de gestion des lits à l'échelle des GHT, elle a fait l'objet, depuis 2020, d'un accompagnement financier sous forme d'aides déléguées à la contractualisation non reconductibles (AC).</p> <p>La présente instruction a deux volets :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Par la délégation de 35M€ en 3<sup>ème</sup> circulaire budgétaire 2021, elle vise à faciliter et à généraliser le déploiement des projets déjà engagés de dispositifs de gestion des lits « bed management » au sein des établissements publics et privés disposant d'un service d'urgence. Pour les établissements publics une extension est également prévue au niveau de leur GHT.</li> <li>- Elle détaille le cadre du déploiement des crédits déjà délégués en 2<sup>ème</sup> circulaire budgétaire 2021 permettant la mise en œuvre d'outils numériques de gestion automatisée des lits.</li> </ul>
<b>Mention Outre-mer</b>	<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>
<b>Mots-clés</b>	<p>Structure de médecine urgence, urgence, aval des urgences, fonction de gestion coordonnée des lits, BJML</p>
<b>Classement thématique</b>	<p>Etablissements de santé</p>
<b>Textes de référence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Code de la santé publique, articles R. 6123-19 et R. 6123-21.</li> <li>- Décret n° 2013-261 du 27 juin 2013 relatif aux plans d'actions régionaux sur les urgences.</li> </ul>
<b>Circulaire / instruction abrogée</b>	<p>Néant</p>
<b>Circulaire / instruction modifiée</b>	<p>Circulaire N° DGOS/R2/2019/235 du 7 novembre 2019</p>
<p><b>Validée par le CNP le 17 décembre 2021 - Visa CNP 2021-151</b></p>	
<b>Document opposable</b>	<p>Oui</p>
<b>Déposée sur le site Légifrance</b>	<p>Non</p>
<b>Publiée au BO</b>	<p>Oui</p>
<b>Date d'application</b>	<p>Immédiate</p>

## I- Rappel du contexte

### A) Un accompagnement en 2020 et 2021 dédié à la mise en place de dispositifs de gestion des lits en GHT

Dans le cadre de la circulaire n° DGOS/R2/2019/235 du 7 novembre 2019 relative à l'anticipation des tensions liées aux hospitalisations non-programmées et au déploiement de l'outil « besoin journalier minimal en lits » (BJML) dans les établissements et groupements hospitaliers de territoire (GHT), il a été demandé à chaque GHT de mettre en place un dispositif de gestion des lits, et de généraliser à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2019, la diffusion de l'indicateur du **besoin journalier minimal en lits** identifié dans le cadre des travaux du conseil national de l'urgence hospitalière (CNUH) en 2018 et permettant l'anticipation des tensions hospitalières.

Un accompagnement financier a été mis en place, dès 2020, pour permettre le déploiement, dans l'ensemble des GHT, de la fonction de gestion coordonnée des lits, qui sera rendue obligatoire avec la réforme des autorisations d'activité de soins de médecine d'urgence dans tous les établissements autorisés à cette activité. Le dispositif de gestion coordonnée des lits à l'échelle du GHT permet, dans le cadre de la mise en œuvre du projet médical partagé, d'élargir l'éventail des capacités d'accueil des patients en s'appuyant sur les établissements associés et partenaires du territoire.

Pour l'exercice 2020, des aides à la contractualisation, non reconductibles, à hauteur de 21.8 M€ ont ainsi été déléguées.

### B) Un nouvel accompagnement dédié au déploiement d'outils numériques de gestion automatisée des lits dans un contexte de tensions hospitalières

La crise sanitaire liée à l'épidémie COVID 19 en France a accru les tensions hospitalières à un niveau inconnu jusqu'alors et souligné les difficultés liées à la gestion des lits en établissements de santé, notamment sur le champ des soins critiques et de l'aval des urgences. Dans ce cadre, le ministère des solidarités et de la santé a mis en place un suivi national des tensions hospitalières sur les soins critiques adultes depuis mars 2020 et sur les soins critiques pédiatriques depuis octobre 2021 ; ce suivi est notamment appuyé sur les modules « lits » du système d'information du Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) qui doivent être actualisés a minima 2 fois par jour pour les unités de soins concernées.

Pour soutenir les établissements, la DGOS a choisi d'accompagner financièrement le déploiement d'outils de gestion automatisée des lits (« logiciel de bed management ») depuis 2020.

L'objectif a été d'accompagner l'acquisition et le déploiement de logiciels de gestion des lits au sein des établissements de santé d'un territoire pour fluidifier la gestion des lits en interne et en aval des établissements avec leurs territoires. Une articulation avec le ROR est par ailleurs attendue.

La mise en œuvre opérationnelle en établissement de santé (mise en service logicielle, usage quotidien effectif dans les services cibles) doit être réalisée d'ici fin 2023.

Un financement national de 5M€ a ainsi été délégué en 2020 aux agences régionales de santé (ARS) sous forme de AC non reconductible (**annexe**).

Les financements ont été attribués selon les critères suivants :

- Financement de base de 50 000 € ;
- Poids de la région dans l'activité sanitaire combinée.

Ce financement a eu pour objectif de couvrir les investissements initiaux liés au déploiement des services numériques d'appui à la coordination mutualisés au niveau régional :

- Acquisition ou mise à disposition de logiciels de gestion des lits ;
- Interopérabilité avec le ROR (webservice d'alimentation en lits) ;
- Ressources pour le déploiement et la conduite du changement ;
- Gestion de projets.

Les modalités d'attribution en région ont dû respecter les critères suivants :

- Eligibilité des établissements publics et privés ;
- Ciblage prioritaire de projet de territoire (filières d'aval des urgences, au-delà de la configuration des GHT) ;
- « Cohérence d'urbanisation » au sein des GHT et déploiement de webservices d'alimentation du ROR.

## **II- Déploiement d'une mesure globale et élargie de dispositifs de gestion des lits**

Prenant appui sur les premiers retours d'expérience des actions lancées depuis 2020 et pour accompagner l'obligation de mise en place d'un dispositif de gestion des lits dans tout établissement autorisé à la médecine d'urgence afin d'améliorer l'aval des services d'urgences, il apparaît nécessaire d'élargir le financement à tous les établissements publics et privés et de mettre en cohérence l'ensemble des actions dédiées à l'amélioration de la gestion des lits.

**La présente instruction détaille l'objet du dispositif d'accompagnement national et ses conditions de mise en œuvre.**

### **A) Objet de l'accompagnement**

La présente mesure vise à faciliter et, à amplifier le déploiement des projets déjà engagés de coordination de gestion des lits au sein des établissements disposant d'un service d'urgence et à leur GHT, et à étendre ces dispositifs dans le cadre de nouveaux projets en associant les établissements privés au niveau d'un territoire de santé, d'un département, ou d'une région.

Cette mesure permet ainsi aux ARS de déléguer aux établissements concernés un financement leur permettant la mise en œuvre ces dispositifs de coordination de gestion de lits.

Ce financement a également vocation à couvrir les coûts de gestion de projet, d'accompagnement au changement et d'acquisition et déploiement de logiciel.

### **B) Conditions et modalités de mise en œuvre de cet accompagnement**

#### **1. Modalités de délégation du soutien financier national auprès des ARS pour le déploiement du dispositif**

Les moyens mobilisés à l'appui de ce dispositif sous forme d'aides à la contractualisation non reconductibles, à hauteur de 35 millions d'euros pour l'exercice 2021, seront versés dans le cadre de la troisième circulaire budgétaire.

Ces crédits sont répartis entre régions en fonction de la combinaison des deux critères suivants :

- Poids de la population régionale ;
- Taux de recours à l'hospitalisation en médecine de la population<sup>1</sup> pondéré par le nombre de lits de médecine par habitant.

Le montant de la dotation de chaque région sera versé dans la troisième circulaire 2021, la répartition des crédits figurant ci-après :

**Répartition des crédits AC non reconductibles par région concernant les crédits de gestion des lits – délégation en C3 2021**

Région	Montants délégués 2021
01-Guadeloupe	360 251 €
02-Martinique	384 828 €
03-Guyane	354 733 €
04-La Réunion	602 955 €
11-Ile de France	5 902 036 €
24-Centre-Val de Loire	1 422 745 €
27- Bourgogne Franche Comté	1 538 861 €
28- Normandie	1 753 195 €
32- Hauts de France	3 054 587 €
44-Grand Est	2 791 921 €
52-Pays de Loire	1 994 565 €
53-Bretagne	1 790 509 €
75-Nouvelle Aquitaine	3 026 022 €
76-Occitanie	2 930 724 €
84-Auvergne-Rhône Alpes	3 944 256 €
93-Provence Alpes Cote d'Azur	2 581 044 €
94-Corse	385 600 €
Mayotte	181 171 €
<b>TOTAL</b>	<b>35 000 000 €</b>

En outre, un financement complémentaire de 5 M€ a été délégué lors de la deuxième circulaire budgétaire de 2021, en complément des crédits déjà délégués en 2020 concernant la mise en œuvre d'outils de gestion automatisée des lits. Les crédits relatifs au suivi et au déploiement de cette mesure, à la suite de l'accompagnement dédié au lancement en 2020 et 2021, sont intégrés également dès 2021 à la mesure globale et élargie de gestion des lits.

<sup>1</sup> Exprimé en nombre de séjours en médecine avec entrée par les urgences, rapporté à la population régionale pour 1000 habitants.

## Répartition des crédits AC non reconductibles par région concernant les crédits d'outils de gestion automatisée des lits – délégation en C2 2021.

Régions	Montants délégués en C2 2021
Auvergne-Rhône-Alpes	516 210 €
Bourgogne-Franche-Comté	223 532 €
Bretagne	251 470 €
Centre-Val de Loire	198 084 €
Corse	69 044 €
Grand Est	383 699 €
Guadeloupe	71 608 €
Guyane	61 870 €
Hauts-de-France	396 704 €
Ile-de-France	741 931 €
La Réunion	258 840 €
Martinique	69 233 €
Mayotte	56 721 €
Normandie	244 777 €
Nouvelle-Aquitaine	408 444 €
Occitanie	403 924 €
Pays de la Loire	249 598 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	394 311 €
<b>Total général</b>	<b>5 000 000 €</b>

### 2. Conditions à remplir par les établissements pour bénéficier de cet accompagnement

Il est recommandé aux ARS d'opérer la délégation des crédits régionaux aux établissements bénéficiaires sur la base de projets ou de critères de priorisation, parmi lesquels :

- Accompagnement des actions déjà engagées de coordination de gestion des lits GHT pour l'exercice 2020 ;
- Appui à l'acquisition et au déploiement d'outils de *bed management* en établissements de santé (établissements de santé disposant d'un service d'urgence), avec une alimentation du Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) par webservice ;
- Appui à la constitution et à l'outillage de cellule territoriale de gestion des lits incluant tous les établissements de santé publics et privés au niveau d'un GHT, d'un territoire de santé, d'un département, ou d'une région ; les outils informatiques pourront notamment comprendre les fonctionnalités suivantes :
  - Visualisation des lits avec une granularité territoriale adaptée au projet (territorial, régional...), s'appuyant sur les données du ROR ;
  - « Bourse » aux lits, réservation de lits, etc.
- Outils d'analyses des données de services d'urgences, d'admissions d'hôpitaux et de santé publique permettant de construire des modèles prédictifs en matière de motifs de recours probables aux urgences, les besoins prévisionnels de lits selon les spécialités.



Ces critères seront à apprécier par l'ARS dans le cadre d'appels à projets s'appuyant notamment sur les informations disponibles dans le système de santé via le Répertoire Opérationnel des Ressources et tout autre indicateur utile tel que par exemple l'historique de l'indicateur du Besoin Journalier Minimal en Lits (BJML) précisé dans la circulaire n° DGOS/R2/2019/235 du 07 novembre 2019.

En outre, les projets sélectionnés doivent permettre une opérationnalité des outils pour fin 2023 (mise en service des outils et usage quotidien dans les services concernés ou dans les organisations ciblées).

### **C) Suivi de la mise en place du dispositif**

Il est également proposé qu'au sein des ARS ce dispositif soit suivi conjointement sous le volet offre de soins et volet numérique afin d'assurer une mise en œuvre cohérente des projets organisationnels et numériques régionaux.

Par ailleurs, il est demandé aux ARS de réaliser un retour à la DGOS au plus tard le 31 mars 2022 sur la façon dont elles envisagent d'allouer les crédits AC non reconductibles aux établissements de la région en précisant le nom des établissements bénéficiaires, l'objet de cet accompagnement à l'adresse suivante : [dgos-R3@sante.gouv.fr](mailto:dgos-R3@sante.gouv.fr) et [dgos-pf5@sante.gouv.fr](mailto:dgos-pf5@sante.gouv.fr).

Les ARS veilleront à suivre la mise en œuvre de ce dispositif en demandant aux établissements bénéficiaires de transmettre tout élément permettant d'apprécier le suivi des projets avec les impacts sur la fluidification de l'aval des urgences en faveur de l'accueil des hospitalisations non programmées.

Les ARS en assureront une compilation au niveau régional, de façon à pouvoir apprécier l'adéquation du dispositif aux objectifs poursuivis et les suites à y donner dans le temps. Ces données feront l'objet d'un échange avec la DGOS dans une deuxième phase en 2022 en matière de mise en œuvre opérationnelle, via la transmission d'un document de suivi régulier sur l'avancée des projets.

Pour toutes questions et difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer nous vous invitons à prendre contact avec :

- Le bureau des plateaux techniques et des prises en charge hospitalières aigües ([dgos-R3@sante.gouv.fr](mailto:dgos-R3@sante.gouv.fr))
- Le bureau des systèmes d'information des acteurs de l'offre de soins ([dgos-PF5@sante.gouv.fr](mailto:dgos-PF5@sante.gouv.fr)).

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



Nicole DA COSTA

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



Katia JULIENNE



## Annexe

**Répartition des crédits AC non reconductibles par région concernant les crédits d'outils de gestion automatisée des lits – délégation 2020.**

Régions	Part de la région pour l'activité sanitaire	Montants délégués en 2020
Auvergne-Rhône-Alpes	11,37%	516 210 €
Bourgogne-Franche-Comté	4,23%	223 532 €
Bretagne	4,91%	251 470 €
Centre-Val de Loire	3,61%	198 084 €
Corse	0,46%	69 044 €
Grand Est	8,14%	383 699 €
Guadeloupe	0,53%	71 608 €
Guyane	0,29%	61 870 €
Hauts-de-France	8,46%	396 704 €
Ile-de-France	16,88%	741 931 €
La Réunion	5,09%	258 840 €
Martinique	0,47%	69 233 €
Mayotte	0,16%	56 721 €
Normandie	4,75%	244 777 €
Nouvelle-Aquitaine	8,74%	408 444 €
Occitanie	8,63%	403 924 €
Pays de la Loire	4,87%	249 598 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	8,40%	394 311 €
<b>Total</b>	100,00%	5 000 000 €


**GOUVERNEMENT**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DSS/2B/2021/247** du 14 décembre 2021 relative à la revalorisation au 1<sup>er</sup> janvier 2022 des plafonds de ressources d'attribution de certaines prestations familiales servies en métropole, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à la Réunion, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et à Mayotte.

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

à

Monsieur le directeur de la Caisse nationale des allocations familiales  
Monsieur le directeur de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole

<b>Référence</b>	NOR : SSAS2137492J (numéro interne : 2021/247)
<b>Date de signature</b>	14 décembre 2021
<b>Emetteurs</b>	Ministère des solidarités et de la santé Direction de la sécurité sociale Ministère de l'économie, des finances et de la relance
<b>Objet</b>	Revalorisation au 1 <sup>er</sup> janvier 2022 des plafonds de ressources d'attribution de certaines prestations familiales servies en métropole, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à la Réunion, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et à Mayotte.
<b>Commande</b>	Les organismes débiteurs de prestations familiales doivent appliquer les montants prévus dans l'annexe jointe à cette instruction à compter du 1 <sup>er</sup> janvier 2022.
<b>Echéance</b>	La présente instruction doit être mise en œuvre au 1 <sup>er</sup> janvier 2022.
<b>Contact utile</b>	Direction de la sécurité sociale Sous-direction de l'accès aux droits, des prestations familiales et des accidents du travail Bureau des prestations familiales et des aides au logement Personne chargée du dossier : Jeanne BOIFFIN Tél. : 01 40 56 78 61 Mél. : <a href="mailto:jeanne.boiffin@sante.gouv.fr">jeanne.boiffin@sante.gouv.fr</a>
<b>Nombre de pages et annexe</b>	3 pages + 1 annexe de 6 pages Annexe : Montants
<b>Résumé</b>	Barèmes de plafonds de ressources applicables au 1 <sup>er</sup> janvier 2022 aux montants modulés des allocations familiales, de la majoration pour âge, de l'allocation forfaitaire, du complément de libre choix du mode de

	garde, de l'allocation forfaitaire versée en cas de décès d'un enfant, ainsi qu'au complément familial, au montant majoré du complément familial, à la prime à la naissance, à la prime à l'adoption et à l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant, à l'allocation de rentrée scolaire et au complément pour frais de l'allocation journalière de présence parentale. Montants des tranches du barème de recouvrement des indus et de saisie des prestations versées par les caisses d'allocations familiales (CAF) ou les caisses de mutualité sociale agricole (MSA).
<b>Mention Outre-mer</b>	Ce texte s'applique en l'état en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à la Réunion, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin. Il comporte des adaptations spécifiques à Mayotte.
<b>Mots-clés</b>	Barème des plafonds de ressources, allocations familiales, majoration pour âge, allocation forfaitaire, complément familial, complément de libre choix du mode de garde, prime à la naissance ou à l'adoption, allocation de base, allocation de rentrée scolaire, complément pour frais de l'allocation journalière de présence parentale, allocation forfaitaire versée en cas de décès d'un enfant, barème de recouvrement des indus.
<b>Classement thématique</b>	Prestations familiales
<b>Textes de référence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Articles L. 381-1, L. 545-1, R. 522-2, R. 522-4, R. 531-1, R. 543-5, R. 755-2, R. 755-4, R. 755-14, D. 521-1, D. 521-2, D. 521-3, D. 531-17, D. 531-18-1, D. 531-20, D. 531-23, D. 544-7, D. 545-3, D. 545-4 et D. 553-1 du code de la sécurité sociale ;</li> <li>- Arrêté en cours de publication relatif aux plafonds de ressources de certaines prestations familiales ;</li> <li>- Ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte ;</li> <li>- Décret n° 2002-423 du 29 mars 2002 relatif aux prestations familiales à Mayotte.</li> </ul>
<b>Circulaire / instruction abrogée</b>	Néant
<b>Circulaire / instruction modifiée</b>	INSTRUCTION N° DSS/2B/DB/2020/226 du 14 décembre 2020 relative à la revalorisation au 1 <sup>er</sup> janvier 2021 des plafonds de ressources d'attribution de certaines prestations familiales servies en métropole, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à la Réunion, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et à Mayotte.
<b>Document opposable</b>	Oui
<b>Déposée sur le site Légifrance</b>	Non
<b>Publiée au BO</b>	Oui
<b>Date d'application</b>	1 <sup>er</sup> janvier 2022

Les plafonds de ressources retenus pour le barème de modulation des allocations familiales et de ses deux composantes (majoration pour âge et allocation forfaitaire), celui du complément de libre choix du mode de garde, et pour l'attribution des prestations familiales sous conditions de ressources (complément familial, montant majoré du complément familial, allocation de rentrée scolaire, prime à la naissance, prime à l'adoption et allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant) ainsi que pour les tranches du barème applicable au recouvrement des indus et à la saisie des prestations, sont revalorisés au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, conformément à l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année précédant la période de paiement.

Ces différents plafonds et montants, pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2022 au 31 décembre 2022, sont revalorisés de 0,2 % correspondant à l'évolution en moyenne annuelle des prix hors tabac de l'année 2020.

Ils sont applicables en métropole et dans les collectivités de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique, de la Réunion, de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy.

Dans le département de Mayotte, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022, le montant du plafond de ressources du complément familial majoré est revalorisé conformément à l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac de l'avant dernière année civile, comme en métropole (soit 0,2 %).

Les tableaux annexés ont pour objet de porter à la connaissance des organismes débiteurs les montants applicables à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022.

Je vous demande de bien vouloir transmettre à la connaissance des organismes débiteurs les présentes instructions.

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



Franck VON LENNEP

## Annexe

**I - LA METROPOLE, LA GUADELOUPE, LA GUYANE, LA MARTINIQUE, LA REUNION, SAINT-BARTHELEMY ET SAINT-MARTIN****1 - LES ALLOCATIONS FAMILIALES, LA MAJORATION POUR AGE ET L'ALLOCATION FORFAITAIRE**

**Plafonds de ressources applicables pour l'attribution du montant modulé des allocations familiales, de la majoration pour âge et de l'allocation forfaitaire, du 1<sup>er</sup> janvier 2022 au 31 décembre 2022 (à comparer au revenu net catégoriel de l'année 2020)**

Nombre d'enfants à charge	Tranche 1 (en euros)	Tranche 2 (en euros)	Tranche 3 (en euros)
2 enfants	≤ 70 074	≤ 93 399	> 93 399
3 enfants	≤ 75 913	≤ 99 238	> 99 238
4 enfants	≤ 81 752	≤ 105 077	> 105 077
5 enfants	≤ 87 591	≤ 110 916	> 110 916
Par enfant supplémentaire	+ 5 839	+ 5 839	+ 5 839

NB : La première tranche est celle dont les revenus sont inférieurs ou égaux à un plafond de base de 58 396 euros majoré de 5 839 euros par enfant à charge. La deuxième tranche est celle dont les revenus sont supérieurs à un plafond de base de 58 396 euros majoré de 5 839 euros par enfant à charge mais inférieurs ou égaux au plafond de base de 81 721 euros majoré de 5 839 euros par enfant à charge. La troisième tranche est celle dont les revenus sont supérieurs au plafond de base de 81 721 euros majoré de 5 839 euros par enfant à charge.

**NOTA** : l'enfant qui atteint l'âge de 20 ans n'ouvre plus droit aux allocations familiales et à la majoration pour âge. Il est considéré à la charge du foyer allocataire uniquement pour la détermination du plafond de ressources applicable à ce foyer pour l'allocation forfaitaire.

**2 - LE COMPLEMENT FAMILIAL ET L'ALLOCATION JOURNALIERE DE PRESENCE PARENTALE**

**2.1 - Plafonds de ressources applicables pour l'attribution du complément familial et du complément pour frais de l'allocation journalière de présence parentale, du 1<sup>er</sup> janvier 2022 au 31 décembre 2022 (à comparer au revenu net catégoriel de l'année 2020)**

Plafond de base : 21 775 €

Majorations :

- 25 % par enfant à charge	5 444 €
- 30 % par enfant à charge à partir du 3 <sup>ème</sup>	6 533 €
- pour double activité ou pour isolement	8 752 €

Nombre d'enfants à charge	Plafond (en euros)	Plafond biactivité ou isolement (en euros)
1 enfant	27 219	35 971
2 enfants	32 663	41 415
3 enfants	39 196	47 948
4 enfants	45 729	54 481
par enfant supplémentaire	6 533	6 533

**NOTA** : ces plafonds sont applicables pour l'affiliation à l'assurance vieillesse du membre du couple bénéficiaire du complément familial en métropole et de la prestation partagée d'éducation de l'enfant en métropole, dans les départements de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et de la Réunion et dans les collectivités de Saint-Barthélemy et Saint-Martin.

**2.2 - Plafonds de ressources applicables pour l'attribution du montant majoré du complément familial, du 1<sup>er</sup> janvier 2022 au 31 décembre 2022 (à comparer au revenu net catégoriel de l'année 2020)**

Plafond de base : 10 890 €

Majorations :

- 25 % par enfant à charge	2 723 €
- 30 % par enfant à charge à partir du 3 <sup>ème</sup>	3 267 €
- pour double activité ou pour isolement	4 376 €

Nombre d'enfants à charge	Plafond (en euros)	Plafond biactivité ou isolement (en euros)
1 enfant	13 613	17 989
2 enfants	16 336	20 712
3 enfants	19 603	23 979
4 enfants	22 870	27 246
par enfant supplémentaire	3 267	3 267

**3 - LA PRESTATION D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT**

**3.1 - Plafonds de ressources applicables pour l'attribution de la prime à la naissance ou à l'adoption et de l'allocation de base à taux partiel pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2022 au 31 décembre 2022 (à comparer au revenu net catégoriel de l'année 2020)**

Plafond de base : 26 016 €

Majorations :

- 25 % par enfant à charge	6 504 €
- 30 % par enfant à charge à partir du 3 <sup>ème</sup>	7 805 €
- pour double activité ou pour isolement	10 458 €

Nombre d'enfants à charge*	Plafond (en €)	Plafond biactivité ou isolement (en €)
1 enfant	32 520	42 978
2 enfants	39 024	49 482
3 enfants	46 829	57 287
4 enfants	54 634	65 092
Par enfant supplémentaire	7 805	7 805

\* Il s'agit des enfants à charge ou à naître.

**3.2 - Plafonds de ressources applicables pour l'attribution de l'allocation de base à taux plein pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2022 au 31 décembre 2022 (à comparer au revenu net catégoriel de l'année 2020)**

Le plafond de ressources est identique à celui du complément familial.

Nombre d'enfants à charge*	Plafond (en €)	Plafond biactivité ou isolement (en €)
1 enfant	27 219	35 971
2 enfants	32 663	41 415
3 enfants	39 196	47 948
4 enfants	45 729	54 481
Par enfant supplémentaire	6 533	6 533

\* Il s'agit des enfants à charge ou à naître.

**3.3 - Plafonds de ressources applicables au complément de libre choix du mode de garde pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2022 au 31 décembre 2022 (à comparer au revenu net catégoriel de l'année 2020)**

**3.3.1 Les montants de la prise en charge partielle de la rémunération visée au b) du I de l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale varient selon les ressources**

Sont définies trois tranches de revenus :

Nombre d'enfants à charge	Tranche 1 (Montant maximum de l'aide en €)	Tranche 2 (Montant médian de l'aide en €)	Tranche 3 (Montant minimum de l'aide en €)
1 enfant	≤ 21 320	≤ 47 377	> 47 377
2 enfants	≤ 24 346	≤ 54 102	> 54 102
3 enfants	≤ 27 372	≤ 60 827	> 60 827
4 enfants	≤ 30 398	≤ 67 552	> 67 552
Par enfant supplémentaire	+ 3 026	+ 6 725	+ 6 725

NB : la première tranche est celle dont les revenus sont inférieurs ou égaux à un plafond de base de 18 294 euros majoré de 3 026 euros par enfant à charge. La deuxième tranche est celle dont les revenus sont supérieurs à un plafond de base de 18 294 euros majoré de 3 026 euros par enfant à charge mais inférieurs ou égaux au plafond de base de 40 652 euros majoré de 6 725 euros par enfant à charge. La troisième tranche est celle dont les revenus sont supérieurs au plafond de base de 40 652 euros majoré de 6 725 euros par enfant à charge.

### 3.3.2 Majoration pour isolement

Les plafonds de ressources de base du complément de libre choix du mode de garde et leur majoration par enfant à charge, qui déterminent le montant plafond dont peut bénéficier l'allocataire, sont majorés de 40 % pour les familles monoparentales.

Nombre d'enfants à charge	Tranche 1 (Montant maximum de l'aide en €)	Tranche 2 (Montant médian de l'aide en €)	Tranche 3 (Montant minimum de l'aide en €)
1 enfant	≤ 29 848	≤ 66 328	> 66 328
2 enfants	≤ 34 084	≤ 75 743	> 75 743
3 enfants	≤ 38 320	≤ 85 158	> 85 158
4 enfants	≤ 42 556	≤ 94 573	> 94 573
Par enfant supplémentaire	4 236	9 415	9 415

NB : la première tranche est celle dont les revenus sont inférieurs ou égaux à un plafond de base de 25 612 euros majoré de 4 236 euros par enfant à charge. La deuxième tranche est celle dont les revenus sont supérieurs à un plafond de base de 25 612 euros majoré de 4 236 euros par enfant à charge mais inférieurs ou égaux au plafond de base de 56 913 euros majoré de 9 415 euros par enfant à charge. La troisième tranche est celle dont les revenus sont supérieurs au plafond de base de 56 913 euros majoré de 415 euros par enfant à charge.

**3.3.3** Pour la garde à domicile d'un enfant de trois ans et moins, le complément de libre choix du mode de garde prend en charge 50 % des cotisations et contributions sociales dues pour l'emploi, dans la limite de 464 € par mois, pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2022 au 31 décembre 2022.

Pour la garde à domicile d'un enfant âgé de trois à six ans, le complément de libre choix du mode de garde prend en charge 50 % des cotisations et contributions sociales dues pour l'emploi dans la limite de 232 € par mois, pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2022 au 31 décembre 2022.

## 4 - L'ALLOCATION DE RENTREE SCOLAIRE

**Plafonds de ressources applicables pour l'attribution de l'allocation de rentrée scolaire en 2022 (à comparer au revenu net catégoriel de l'année 2020)**

Plafond de base : 19 515 €

Majoration(30 % par enfant à charge) : 5 855 €

Nombre d'enfants à charge	Plafond (en euros)
1 enfant	25 370
2 enfants	31 225
3 enfants	37 080
4 enfants	42 935
par enfant supplémentaire	5 855

**NOTA** : ces plafonds sont applicables en métropole pour l'affiliation à l'assurance vieillesse des personnes isolées et, pour les couples, de l'un ou l'autre de ses membres, bénéficiaires de l'allocation de base. Ces plafonds sont également applicables pour l'affiliation à l'assurance vieillesse des personnes isolées percevant le complément familial en métropole et la prestation partagée d'éducation de l'enfant en métropole, dans les départements de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et de la Réunion et dans les collectivités de Saint-Barthélemy et Saint-Martin.



## 5 - L'ALLOCATION FORFAITAIRE VERSEE EN CAS DE DECES D'UN ENFANT

Plafonds de ressources applicables pour l'attribution du montant forfaitaire de l'allocation en cas de décès d'un enfant du 1<sup>er</sup> janvier 2022 au 31 décembre 2022.

Plafond de base : 81 721 €

Majoration par enfant à charge : 5 839 €

Nombre d'enfants à charge*	Tranche 1 Plafond (en euros)	Tranche 2 Plafond (en euros)
1 enfant	≤ 87 560	> 87 560
2 enfants	≤ 93 399	> 93 399
3 enfants	≤ 99 238	> 99 238
4 enfants	≤ 105 077	> 105 077
Par enfant supplémentaire	5 839	5 839

\* L'enfant décédé est pris en compte dans la composition familiale.

## 6 - RECOUVREMENT DES INDUS ET SAISIE DES PRESTATIONS<sup>1</sup>, RECOUVREMENT DES INDUS D'AIDE PERSONNALISEE AU LOGEMENT

a) Tranches du barème de recouvrement des indus et de saisie des prestations :

- 25 % sur la tranche de revenus comprise entre 269 euros et 401 euros ;
- 35 % sur la tranche de revenus comprise entre 402 euros et 599 euros ;
- 45 % sur la tranche de revenus comprise entre 600 euros et 801 euros ;
- 60 % sur la tranche de revenus supérieure à 802 euros.

b) Retenue forfaitaire opérée sur la tranche de revenus inférieure à 269 euros : 49 euros.

c) Le revenu mensuel pondéré est réputé être égal à 1199 euros lorsque les informations relatives aux revenus de l'allocataire, de son conjoint, de son partenaire d'un pacte civil de solidarité ou de son concubin ne sont pas en possession de l'organisme débiteur de prestations familiales.

## II - LE DEPARTEMENT DE MAYOTTE

### 1 - L'ALLOCATION DE RENTREE SCOLAIRE ET LE COMPLEMENT FAMILIAL

**1.1 Plafonds de ressources applicables pour l'attribution de l'allocation de rentrée scolaire et du complément familial en 2022 (à comparer au revenu net catégoriel de l'année 2020).**

Plafond de base : 28 382 €

Majoration par enfant à charge (10 %) : 2 838 €

Nombre d'enfants à charge	Plafond (en euros)
1 enfant	31 220
2 enfants	34 058
3 enfants	36 896
4 enfants	39 734
par enfant supplémentaire	2 838

<sup>1</sup> Il s'agit des prestations versées par les caisses d'allocations familiales et les caisses de mutualité sociale agricole : prestations familiales, allocation de logement sociale, allocation de logement familiale, revenu de solidarité active, prime d'activité, allocation aux adultes handicapés.

**1.2 Plafonds de ressources applicables pour l'attribution du montant majoré du complément familial pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2022 au 31 décembre 2022 (à comparer au revenu net catégoriel de l'année 2020)**

Plafond de base : 14 276 €

Majoration par enfant à charge (10 %) : 1 428 €

Nombre d'enfants à charge	Plafond (en euros)
1 enfant	15 704
2 enfants	17 132
3 enfants	18 560
4 enfants	19 988
par enfant supplémentaire	1 428

**2 - RECOUVREMENT DES INDUS ET SAISIE DES PRESTATIONS<sup>2</sup>**

a) Tranches du barème de recouvrement des indus et de saisie des prestations :

- 25 % sur la tranche de revenus comprise entre 105 euros et 156 euros ;
- 35 % sur la tranche de revenus supérieure à 157 euros.

b) Retenue forfaitaire opérée sur la tranche de revenus inférieure à 105 euros : 10 euros.

c) Le revenu mensuel pondéré est réputé être égal à 441 euros lorsque les informations relatives aux revenus de l'allocataire, de son conjoint, de son partenaire d'un pacte civil de solidarité ou de son concubin ne sont pas en possession de l'organisme débiteur de prestations familiales.

<sup>2</sup> Il s'agit des prestations versées par la caisse de sécurité sociale de Mayotte suivantes : prestations familiales, allocation de logement sociale, allocation pour adulte handicapé, revenu de solidarité active, prime d'activité.

Ministère des solidarités et de la santé  
Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation

**Décision du 15 décembre 2021 portant renouvellement de l'agrément de l'Institut de recherche comportementale et cognitive sur l'anxiété et la dépression (IRCCADE) de Bordeaux pour délivrer une formation en psychopathologie clinique conduisant au titre de psychothérapeute**

NOR : SSAH2130524S

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

Vu la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, et notamment, son article 52 ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration, et notamment son article L. 243-1 ;

Vu le décret n° 2010-534 du 20 mai 2010 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute modifié ;

Vu l'arrêté du 8 juin 2010 relatif à la formation en psychopathologie clinique conduisant au titre de psychothérapeute ;

Vu l'avis de la commission régionale d'agrément des établissements formant à la psychopathologie clinique de Nouvelle Aquitaine du 24 juin 2019,

Décident :

Article 1<sup>er</sup>

L'Institut de recherche comportementale et cognitive sur l'anxiété et la dépression (IRCCADE) de Bordeaux est agréé pour délivrer une formation en psychopathologie clinique conduisant au titre de psychothérapeute pour une durée de quatre ans.

Article 2

La formation en psychopathologie clinique dispensée par l'Institut de recherche comportementale et cognitive sur l'anxiété et la dépression (IRCCADE) de Bordeaux est conforme aux dispositions du décret du 20 mai 2010 susvisé, sur la période qui s'étend du 24 juin 2019 à la date de publication de la présente décision.

Article 3

La directrice générale de l'offre de soins et la directrice générale de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'insertion professionnelle sont chargées de l'exécution de cette décision, qui sera publiée au Bulletin officiel du ministère des solidarités et de la santé.

Fait le 15 décembre 2021.

Pour le ministre et par délégation :  
Pour la directrice générale de l'offre de soins :  
La cheffe de service, adjointe à la  
directrice générale de l'offre de soins,  
Cécile LAMBERT

Pour la ministre et par délégation :  
Pour la directrice générale de l'enseignement  
supérieur et de l'insertion professionnelle :  
La cheffe de service de la stratégie  
des formations et de la vie étudiante,  
adjointe à la directrice générale,  
Isabelle PRAT

Ministère des solidarités et de la santé  
Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation

**Décision du 15 décembre 2021 portant renouvellement de l'agrément de l'Association française de thérapie comportementale et cognitive (AFTCC) pour délivrer une formation en psychopathologie clinique conduisant au titre de psychothérapeute**

NOR : SSAH2130525S

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

Vu la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, et notamment, son article 52 ;

Vu le décret n° 2010-534 du 20 mai 2010 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute modifié ;

Vu l'arrêté du 8 juin 2010 relatif à la formation en psychopathologie clinique conduisant au titre de psychothérapeute ;

Vu l'avis de la commission régionale d'agrément des établissements formant à la psychopathologie clinique d'Ile-de-France du 7 juillet 2021,

Decident :

Article 1<sup>er</sup>

L'Association française de thérapie comportementale et cognitive (AFTCC) est agréée pour délivrer une formation en psychopathologie clinique conduisant au titre de psychothérapeute pour une durée de quatre ans.

Article 2

La directrice générale de l'offre de soins et la directrice générale de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'insertion professionnelle sont chargées de l'exécution de cette décision, qui sera publiée au Bulletin officiel du ministère des solidarités et de la santé.

Fait le 15 décembre 2021.

Pour le ministre et par délégation :  
Pour la directrice générale de l'offre de soins :  
La cheffe de service, adjointe à la  
directrice générale de l'offre de soins,  
Cécile LAMBERT

Pour la ministre et par délégation :  
Pour la directrice générale de l'enseignement  
supérieur et de l'insertion professionnelle :  
La cheffe de service de la stratégie  
des formations et de la vie étudiante,  
adjointe à la directrice générale,  
Isabelle PRAT

Ministère des solidarités et de la santé  
Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation

**Décision du 15 décembre 2021 portant agrément de l'Université Paris Descartes à délivrer dans le cadre du diplôme d'université psychothérapie et psychopathologie développementale, une formation en psychopathologie clinique conduisant à la délivrance de l'usage du titre de psychothérapeute**

NOR : SSAH2130526S

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

Vu la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, et notamment, son article 52 ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration, et notamment son article L. 243-1 ;

Vu le décret n° 2010-534 du 20 mai 2010 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute modifié ;

Vu l'arrêté du 8 juin 2010 relatif à la formation en psychopathologie clinique conduisant au titre de psychothérapeute ;

Vu l'avis de la commission régionale d'agrément des établissements formant à la psychopathologie clinique d'Ile-de-France du 28 avril 2021,

Décident :

Article 1<sup>er</sup>

L'Université Paris Descartes est agréée à délivrer, dans le cadre du diplôme psychothérapie et psychopathologie développementale, une formation en psychopathologie clinique conduisant à la délivrance de l'usage du titre de psychothérapeute, pour quatre ans.

Article 2

La directrice générale de l'offre de soins et la directrice générale de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'insertion professionnelle sont chargées de l'exécution de cette décision, qui sera publiée au Bulletin officiel du ministère des solidarités et de la santé.

Fait le 15 décembre 2021.

Pour le ministre et par délégation :  
Pour la directrice générale de l'offre de soins :  
La cheffe de service, adjointe à la  
directrice générale de l'offre de soins,  
Cécile LAMBERT

Pour la ministre et par délégation :  
Pour la directrice générale de l'enseignement  
supérieur et de l'insertion professionnelle :  
La cheffe de service de la stratégie  
des formations et de la vie étudiante,  
adjointe à la directrice générale,  
Isabelle PRAT

Ministère des solidarités et de la santé  
Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation

**Décision du 15 décembre 2021 portant renouvellement de l'agrément de l'Ecole pratique des hautes études en psychopathologies (EPhEP) pour délivrer une formation en psychopathologie clinique conduisant au titre de psychothérapeute**

NOR : SSAH2130527S

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

Vu la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, et notamment, son article 52 ;

Vu le décret n° 2010-534 du 20 mai 2010 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute modifié ;

Vu l'arrêté du 8 juin 2010 relatif à la formation en psychopathologie clinique conduisant au titre de psychothérapeute ;

Vu l'avis de la commission régionale d'agrément des établissements formant à la psychopathologie clinique d'Ile-de-France du 14 octobre 2021,

Décident :

Article 1<sup>er</sup>

L'Ecole pratique des hautes études en psychopathologies (EPhEP) est agréée pour délivrer une formation en psychopathologie clinique conduisant au titre de psychothérapeute pour une durée de quatre ans.

Article 2

La directrice générale de l'offre de soins et la directrice générale de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'insertion professionnelle sont chargées de l'exécution de cette décision, qui sera publiée au Bulletin officiel du ministère des solidarités et de la santé.

Fait le 15 décembre 2021.

Pour le ministre et par délégation :  
Pour la directrice générale de l'offre de soins :  
La cheffe de service, adjointe à la  
directrice générale de l'offre de soins,  
Cécile LAMBERT

Pour la ministre et par délégation :  
Pour la directrice générale de l'enseignement  
supérieur et de l'insertion professionnelle :  
La cheffe de service de la stratégie  
des formations et de la vie étudiante,  
adjointe à la directrice générale,  
Isabelle PRAT


**MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ**
*Liberté  
Égalité  
Fraternité*
**INSTRUCTION N° DGOS/PF/PHARE/2021/254** du 15 décembre 2021 relative à la sécurisation du processus d'achat de fournitures et équipements critiques

Le ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux  
des agences régionales de santé

<b>Référence</b>	NOR : SSAH2137615J (numéro interne : 2021/254)
<b>Date de signature</b>	15/12/2021
<b>Emetteurs</b>	Ministère des solidarités et de la santé Direction générale de l'offre de soins
<b>Objet</b>	Sécurisation du processus d'achat de fournitures et équipements critiques.
<b>Commande</b>	Transmission de l'instruction aux établissements sanitaires pour application par les ARS.
<b>Actions à réaliser</b>	Accompagnement de la diffusion de l'instruction vers les établissements avec des éléments de pédagogie sur les enjeux nationaux de nature à soutenir l'émergence de filières de production française et européenne de gants nitriles et de masques sanitaires.
<b>Echéance</b>	Mise en œuvre par les établissements sanitaires dès réception de l'instruction diffusée par les ARS.
<b>Contact utile</b>	Sous-direction PF Equipe projet programme PHARE Personne chargée du dossier : Raphaël RUANO Tél. : 01 40 56 66 26 Mél. : <a href="mailto:raphael.ruano@sante.gouv.fr">raphael.ruano@sante.gouv.fr</a>
<b>Nombre de pages et annexe</b>	5 pages + 1 annexe de 21 pages Annexe – Guide des bonnes pratiques et leviers d'action pour garantir la sécurité des approvisionnements
<b>Résumé</b>	La crise sanitaire a entraîné des tensions d'approvisionnement pour de nombreux équipements de protection individuelle (EPI) sanitaires. Dans ce contexte, les pouvoirs publics souhaitent consolider la filière française et européenne, essentielle pour garantir l'approvisionnement en cas de nouvelle pandémie mondiale.



	Dans cette perspective, une adaptation du processus d'achat des EPI critiques est demandée. Il s'agit de valoriser les éléments différenciant positivement les industriels français et européens, dans le respect du droit de la commande publique, et de cadrer les critères de choix sans les pénaliser sur le plan des prix. Dans un premier temps, les équipements ciblés sont les gants nitriles et les masques sanitaires chirurgicaux et FFP2.
<b>Mention Outre-mer</b>	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle Calédonie, et de Wallis et Futuna.
<b>Mots-clés</b>	Achats hospitaliers, approvisionnement, équipements de protection individuelle.
<b>Classement thématique</b>	Etablissements de santé - Gestion
<b>Textes de référence</b>	Code de la commande publique en vigueur depuis le 1 <sup>er</sup> avril 2019. Articles L. 2112-2 et R. 2152-7.
<b>Circulaire / instruction abrogée</b>	Néant
<b>Circulaire / instruction modifiée</b>	Néant
<b>Validée par le CNP le 17 décembre 2021- Visa CNP 2021-154</b>	
<b>Document opposable</b>	Oui
<b>Déposée sur le site Légifrance</b>	Non
<b>Publiée au BO</b>	Oui
<b>Date d'application</b>	Immédiate

## 1/ - Contexte

La crise sanitaire a entraîné des tensions d'approvisionnement pour de nombreux équipements de protection individuelle (EPI) sanitaires dues à des achats massifs au plan mondial. Outre la dépendance aux matières premières asiatiques, cette situation a mis en évidence des problèmes de qualité d'équipements, de durée de péremption, des délais de livraison erratiques et une exposition à de très fortes hausses de prix difficiles à maîtriser.

Dans ce contexte, les pouvoirs publics souhaitent contribuer au développement des capacités de production européennes de masques sanitaires pour renforcer leur souveraineté et ainsi sécuriser durablement la chaîne d'approvisionnement au bénéfice des acteurs du système de santé, par la mise en place d'un dispositif de commande publique adapté.

## 2/ - Le droit de la commande publique interdit de s'engager à attribuer un marché à une entreprise en particulier au seul motif qu'elle s'implanterait en France

Il est à noter qu'il ne serait pas viable juridiquement de faire d'une implantation préalable en France des moyens de production une condition d'accès aux marchés publics hospitaliers. Néanmoins, le cadre juridique européen actuel permet de favoriser l'émergence de filières de production en particulier de production de masques sanitaires en Europe à travers la commande publique. Plusieurs leviers peuvent être mobilisés à cet effet :

- Exiger la réalisation en Europe d'une partie de la production pour assurer la sécurité d'approvisionnements stratégiques pour le bon fonctionnement du système de santé ;
- Insérer des clauses et conditions d'exécution de performance et protectrices de l'environnement, et prévoir un critère de choix associé qui soit significativement pondéré ;

- Faire du respect des normes de qualité des équipements une condition de recevabilité des offres et pondérer fortement le critère de la valeur technique pour l'attribution du marché, tout en réduisant symétriquement le poids du critère financier ;
- Prévoir des pénalités financières lourdes en cas de dégradation significative de la qualité des fournitures ou des conditions de livraison des commandes passées.

Ces techniques ne garantissent pas que l'offre la plus compétitive émanera d'une entreprise implantée en Europe mais leur mobilisation optimale pourrait accroître significativement cette probabilité.

### **3/ - Domaine d'application**

La démarche visée s'applique aux équipements et fournitures présentant un risque significatif de tension d'approvisionnement pendant ou en dehors d'une crise sanitaire et qui seraient jugés critiques vis-à-vis de la continuité des soins.

Dans un premier temps, les équipements identifiés comme critiques sont notamment les gants sanitaires nitriles ainsi que les masques sanitaires chirurgicaux et FFP2.

D'autres équipements ou fournitures pourront être intégrés ultérieurement au champ d'application de cette instruction dès lors que leur caractère critique aura été avéré.

### **4/ - Modalités d'achat envisagées**

L'efficacité du dispositif repose sur la capacité à faire émerger des offres industrielles qui soient viables auprès des acheteurs hospitaliers finaux bien qu'à un prix supérieur aux offres non européennes (hors tensions mondiales conjoncturelles).

Un mécanisme contraignant le choix et le poids des critères de sélection des offres lors des appels d'offres menés en propre par les établissements sanitaires, ou par les principales centrales d'achats auprès desquelles ils s'approvisionnent, contribuerait à atteindre l'objectif visé.

#### **• Actions sur les exigences des cahiers des charges**

Afin de valoriser les axes de différenciation des producteurs français ou européens, les exigences formulées dans les cahiers des charges d'appels d'offres aborderont *a minima* les aspects suivants :

- la qualité des équipements à travers la référence aux normes européennes et internationales. Une vigilance sera apportée sur les processus de justification et de contrôle du respect des normes ;
- la qualité des processus de production à travers la référence aux normes européennes et internationales (iso 9001,...). Une visibilité sera demandée sur les processus de contrôle qualité internes et de maintenance des moyens de production. Il sera précisé que l'hôpital se réserve la possibilité de demander à tout moment les documents de contrôle qualité. Un taux de non-qualité supérieur à 5% sera très mal noté. L'hôpital se réserve la possibilité de procéder à tout moment à un audit qualité des processus de production ou de maintenance ;
- la qualité des processus logistiques. Notamment sur le plan de la sécurisation des matières premières (les matières européennes seront privilégiées en particulier pour les masques sanitaires). Des niveaux minimums de stocks doivent être exigés : quatre mois de consommation pour les matières premières et trois mois pour les produits finis. Les délais moyens de livraison seront de 4 jours dans le périmètre géographique concerné. Le taux de livraison hors exigence ne pourra dépasser 5% des cas. L'hôpital se réserve la possibilité de procéder à tout moment à un audit qualité des processus

logistiques (stockage et distribution). Des pénalités lourdes seront appliquées en cas de dépassement des délais attendus ;

- la qualité environnementale et sociétale. Notamment sur le plan de la consommation en eau et énergie, des rejets d'effluents gazeux et liquides. Un bilan carbone des processus de production et d'approvisionnement sera demandé. Le taux de déchets de matières premières issu de la production sera demandé et il pourra être vérifié à tout moment. Des pénalités lourdes seront appliquées en taux de non-tenue des valeurs annoncées dans les offres. Le recours direct ou via la sous-traitance aux personnes en situation de handicap ou en réinsertion professionnelle sera pris en compte positivement.

- **Actions sur les critères d'évaluation des offres**

A minima, les critères d'évaluation des offres suivants et pondérations associées seront mis en œuvre :

- Qualité technique (équipements et processus de production) : ce critère sera pondéré au minimum à 30% ;
- Qualité logistique (stockage et distribution) : ce critère sera pondéré au minimum à 30% ;
- Qualité environnementale et sociétale : ce critère sera pondéré au minimum à 15% ;
- Conditions financières et prix : ce critère sera pondéré au maximum à 25%.

- **Actions sur les clauses juridiques**

Afin de sécuriser les offres européennes de qualité technique et logistique :

- La clause d'implantation européenne des moyens de production et des matières premières critiques (ex : meltblown pour les masques) pourra être utilisée conformément à l'article L. 2112-4 du code de la commande publique ;
- Des pénalités lourdes seront envisagées en cas de taux important de non-respect des exigences de qualité technique des équipements ;
- Des pénalités lourdes seront envisagées en cas de non-respect significatif et répété des délais de livraison spécifiés.

Par ailleurs, et dès que possible, les appels d'offre devront permettre de retenir plusieurs fournisseurs de manière à diversifier les acteurs et donc contribuer à une sécurité d'approvisionnement.

## **5/ - Acteurs de l'achat**

Les établissements sanitaires publics s'appuieront sur un opérateur d'achat mutualisé de leur choix pour l'instruction de leurs marchés sur les domaines d'achat relevant de la présente instruction.

Dans le schéma envisagé, les opérateurs d'achat mobilisables par les établissements sanitaires seront soit les centrales d'achat nationales (Resah, Ugap ou UniHA), soit les groupements d'achat ou centrales d'achat régionaux majeurs dont la liste sera définie par la DGOS.

## **6/ - Compensation des surcoûts**

Le principe de compensation financière des achats réalisés par les établissements dans le cadre de ce dispositif est retenu. Cette compensation devra être intégrée dans le cadre de la construction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

**7/ - Date d'application**

Ces modalités d'achat sont rendues applicables avec effet immédiat à tous les établissements publics de santé et les opérateurs publics d'achat mutualisés intervenant au profit ou pour le compte des établissements sanitaires.

Je vous saurais gré d'assurer la complète diffusion de cette instruction aux établissements de santé de votre région et de veiller à sa bonne application.

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

**signé**

Nicole DA COSTA

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

**signé**

Katia JULIENNE



## Les masques sanitaires : des produits stratégiques

# GUIDE DES BONNES PRATIQUES ET LEVIERS D'ACTION POUR GARANTIR LA SÉCURITÉ DES APPROVISIONNEMENTS

Décembre 2021

# ÉDITO

La crise sanitaire a montré le caractère stratégique des masques sanitaires, produits indispensables pour garantir la santé publique et protéger nos concitoyens.

De nombreuses entreprises, de tous secteurs d'activités, se sont mobilisées en urgence et ont collectivement adapté leurs chaînes de production pour répondre aux besoins de notre pays dans une situation de pénurie mondiale.

Il convient aujourd'hui de consolider la filière française et européenne, essentielle pour garantir la résilience de l'approvisionnement en masques en cas de nouvelle pandémie mondiale.

L'État a pris ses responsabilités en soutenant la relocalisation d'unités de production notamment pour que notre pays dispose de capacités autonomes de production de meltblow, matière première, dont l'approvisionnement s'est révélé critique durant la crise sanitaire.

Garantir la sécurité des approvisionnements, s'assurer de la qualité des produits fournis, tenir compte de l'impact environnemental et social de nos décisions d'achats sont autant d'impératifs que les acheteurs publics et privés doivent prendre en compte et qui sont susceptibles de contribuer à la résilience de la filière française et européenne. Pour accompagner les acheteurs publics et privés dans cette démarche, le présent guide recense les bonnes pratiques et les leviers d'actions à leur disposition. Il a été élaboré en tenant compte des règles applicables à la commande publique.

J'invite tous les acheteurs à s'en saisir pour assurer la sécurité des approvisionnements et la résilience des chaînes de production pour ces produits stratégiques.

# SOMMAIRE

ÉDITO	2
SOMMAIRE	3
INTRODUCTION	4
<b>1.</b> LES MODÈLES CONTRACTUELS EN MATIÈRE D'ACHATS DE MASQUES	5
<b>2.</b> LEVIERS CONTRACTUELS POUR ASSURER LA QUALITÉ DES PRODUITS ET LA SÉCURITÉ DES APPROVISIONNEMENTS	7
<b>3.</b> PRISE EN COMPTE DES CARACTÉRISTIQUES ENVIRONNEMENTALES ET SOCIALES	17
<b>4.</b> PROPOSITION DE PONDÉRATION DES CRITÈRES D'ATTRIBUTION DES APPELS D'OFFRES	19

# INTRODUCTION

Les acheteurs, publics ou privés, sont amenés à acquérir des masques normés (dispositifs médicaux pour les masques chirurgicaux et équipements de protection individuelle pour les masques FFP) pour assurer la protection de leurs agents dans l'exercice de leurs missions.

Les masques normés ne sont pas des produits anodins et présentent des enjeux forts pour la protection et la sécurité de nos concitoyens. Ces masques doivent donc être impérativement conformes à la réglementation européenne applicable en fonction du type de masques.

Par ailleurs, comme l'a montré l'expérience de la pandémie de Covid-19, la sécurisation des approvisionnements sur l'ensemble de la chaîne de valeur ne peut pas être négligée ; la rupture d'approvisionnement pouvant avoir des conséquences graves en cas de nouvelle pandémie mondiale.

Pour respecter la criticité de ces produits et de leurs approvisionnements, les acheteurs doivent porter une attention particulière à l'élaboration de leurs cahiers des charges, à la formalisation des exigences techniques, logistiques, environnementales et sociales ainsi qu'aux conditions d'exécution des contrats. Les critères d'attribution devront ainsi refléter l'importance des exigences techniques, environnementales et sociales.

C'est tout l'objet du présent guide, élaboré dans le cadre d'un groupe de travail interministériel. Il identifie les bonnes pratiques et leviers d'action dont disposent les acheteurs publics et privés. Pour être pleinement applicables par les acheteurs publics, les recommandations ont été établies en tenant compte des règles définies par le Code de la commande publique. Le cadre juridique applicable aux achats privés est moins contraignant que celui fixé par le Code de la commande publique. Les acheteurs privés sont libres de recourir ou non à des appels d'offres pour satisfaire leurs besoins, ainsi que de déterminer sans formalisme prédéfini les critères de sélection de leurs prestataires.



# 1.

## LES MODÈLES CONTRACTUELS EN MATIÈRE D'ACHATS DE MASQUES Page 185

### A. Le recours aux centrales d'achats

Les acheteurs publics doivent s'interroger sur l'opportunité de recourir aux centrales d'achat pour leurs besoins en masques normés. Il leur est en particulier recommandé de privilégier cette modalité d'achat lorsque leurs besoins sont relativement limités en termes de quantitatifs.

En effet, celles-ci, notamment l'UGAP ([Reprise Activité - Protéger en individuel \(ugap.fr\)](https://www.ugap.fr)) ou dans le secteur hospitalier le consortium Ré-Uni, disposent d'une offre développée qui peut permettre aux acheteurs d'éviter les formalités nécessaires à la passation d'une procédure de marché public.

### B. Conception des procédures de mise en concurrence de manière à simplifier l'accès aux PME

Dans le cas où les acheteurs choisissent de recourir à une procédure de mise en concurrence, ils doivent accorder une attention particulière au sourcing, la majorité des entreprises produisant des masques étant des PME. Le sourcing pourra être effectué auprès des producteurs de masques dont certains sont fédérés à travers le F2M (syndicat des fabricants français de masques).

Il convient ici de rappeler quelques bonnes pratiques à prendre en compte pour préparer et structurer les éléments des appels d'offres afin d'en simplifier l'accès aux PME comme la réalisation d'un sourcing au préalable de l'appel d'offres<sup>1</sup>. Ce sourcing doit permettre de mieux connaître les capacités de production et les caractéristiques de l'offre des candidats potentiels. De plus, ce sourcing permettra de sensibiliser les entreprises à la parution prochaine des marchés. Dans ce cadre, l'acheteur public pourra rappeler aux PME l'intérêt pour elles de répondre aux marchés publics sous la forme [d'un groupement momentané d'entreprises \(GME\)](#). [Les GME](#) faisant intervenir plusieurs producteurs, ils sont de nature à sécuriser l'approvisionnement.

En fonction des résultats du sourcing, l'acheteur public a également la possibilité de procéder à la réservation de tout ou partie du marché au profit de structures qui emploient une part minimale de travailleurs handicapés ou défavorisés en application des articles L. 2113-12 et L. 2113-13 du Code de la commande publique.

<sup>1</sup> Les acheteurs publics peuvent se référer au guide de la direction des achats de l'État.

De manière générale, l'allotissement favorise l'accès des PME aux marchés publics et contribue à la sécurité de l'approvisionnement. Les acheteurs doivent à ce titre veiller à l'allotissement de leurs marchés (en répartissant les volumes entre plusieurs attributaires), pour éviter de dépendre d'un fournisseur unique. Pour ce qui concerne l'approvisionnement en masques, un allotissement par familles de masques (masques chirurgicaux, masques FFP, masques grand public) ainsi que par type d'usage (masques adulte ou masques enfant) est conseillé, en fonction de la nature du besoin de l'acheteur public qui devra apprécier au cas par cas le respect du principe d'allotissement fixé par le Code de la commande publique.

# 2

## LEVIERS CONTRACTUELS POUR ASSURER LA QUALITÉ DES PRODUITS ET LA SÉCURITÉ DES APPROVISIONNEMENTS

### A. Sécuriser la qualité des produits

Le caractère sensible des masques normés oblige l'acheteur à une très grande vigilance sur la qualité des produits. Ces obligations peuvent se traduire en exigences au contrat tout comme en critères d'appréciation des offres.

#### Les différents types de masques sanitaires existants

Il existe plusieurs types de masques sanitaires suivant la norme européenne : type I (efficacité de filtration bactérienne supérieure ou égale à 95 %), type II et IIR (efficacité de filtration bactérienne supérieure ou égale à 98 %) :

Les masques normalisés sont des masques qui respectent la législation européenne (le règlement relatif aux équipements de protection individuelle ou la directive relative aux dispositifs médicaux) et peuvent le démontrer notamment en revendiquant la conformité à une norme harmonisée, il s'agit des :

- **masques de protection respiratoire (FFP)** : il s'agit d'**équipement de protection individuelle**, répondant à des exigences de sécurité et de santé européennes qui sont vérifiées par la norme **NF EN 149** ou par des normes étrangères reconnues comme équivalentes. Ce type de masque protège le porteur du masque contre l'inhalation de particules en suspension dans l'air (et *a fortiori* de gouttelettes de plus grosse taille) qui pourraient contenir des agents infectieux. Il en existe plusieurs types : FFP1 (filtration de 80 % des aérosols), FFP2 (filtration de 94 % des aérosols) et FFP3 (filtration de 99 % des aérosols) ;

- **masques de type chirurgical** : il s'agit de **dispositifs médicaux** répondant à des exigences de sécurité et de santé européennes qui sont vérifiées par la norme **NF EN 14683** ou par des normes étrangères reconnues comme équivalentes. En évitant la projection de gouttelettes émises par le porteur du masque, ce type de masque **limite la contamination de l'environnement extérieur et des autres personnes**. Il existe plusieurs types : type I, type II et IIR.

**En dehors des masques normalisés, il existe les masques dits « grand public », développés dans le cadre de l'épidémie de Covid-19.** Il s'agit de masques textiles, à filtration garantie, la plupart du temps lavables et réutilisables. **Ces masques sont destinés à un usage non sanitaires.** La production de ces masques est encadrée par une note interministérielle des directeurs généraux de la santé (DGS), du travail (DGT), des entreprises (DGE), de la douane et des droits indirects (DGDDI) et de

la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) du 29 mars 2020, mise à jour le 26 avril 2020. Ils ont été créés, dans le cadre de la lutte contre la Covid-19, dans le respect des spécifications de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et en lien avec l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES). Les masques « grand public » ont des propriétés de filtration supérieures à 90 % des particules de 3 µm.

### Conformité à la réglementation

Les masques normalisés doivent être conformes à la réglementation européenne, qui diffère selon qu'il s'agisse de masques chirurgicaux (dispositifs médicaux) ou de masques FFP (équipements de protection individuelle).

### Notice d'utilisation rédigée en français

Dans tous les cas, l'acheteur pourra exiger, en tant que condition d'exécution du contrat, que l'étiquetage et les conditions d'utilisation soient rédigés en langue française et soient conformes aux normes en vigueur ; chaque emballage primaire devant notamment comporter le nom et l'adresse du fabricant, la désignation en clair du produit, le numéro d'identification unique et/ou la référence du dispositif, le numéro de lot de fabrication, la date de péremption, et le marquage CE. L'acheteur pourra également exiger que les rapports d'essais, certificats et autres documents soient fournis en français.

### Masques chirurgicaux

L'acheteur pourra exiger, en tant que clause d'exécution du contrat, que les dispositifs médicaux répondent aux exigences réglementaires en vigueur pendant toute la durée du contrat à savoir :

- le marquage CE attestant les performances et la conformité du dispositif aux exigences essentielles concernant la sécurité et la santé des utilisateurs et des tiers et le règlement européen 2017/745 relatif aux dispositifs médicaux ;
- l'attestation de la conformité à la norme harmonisée NF EN 14683. En ce qui concerne les masques chirurgicaux, l'obtention d'une certification par un organisme notifié, attestant que le produit est conforme à la réglementation européenne n'est pas obligatoire pour qu'ils puissent être vendus en Europe. Une simple auto-certification est autorisée par la réglementation. Pour s'assurer de la performance de filtration des masques, l'acheteur peut cependant exiger des soumissionnaires de lui présenter le résultat de tests, soit par un tiers certificateur, comme l'attestation de conformité à la norme harmonisée NF EN14683 délivrée laboratoire national de métrologie et d'essais (LNE), soit par un laboratoire interne accrédité, attestant que les masques sont bien conformes à cette norme. Les acheteurs soumis au Code de la commande publique devront justifier que cette demande est nécessaire à la satisfaction de leurs besoins, en ce qu'elle permet de garantir la conformité des produits à la réglementation européenne et préciser que les offres qui répondent à des caractéristiques équivalentes sont acceptables.

Il est également conseillé de demander aux soumissionnaires d'apporter la preuve que leurs produits ont été déclarés à l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et ont fait l'objet d'un enregistrement par celle-ci. Les acheteurs soumis au Code de la commande publique devront préciser qu'une déclaration et un enregistrement auprès d'une autorité équivalente d'un autre État membre est recevable et qu'à défaut les soumissionnaires doivent apporter la preuve qu'ils répondent aux conditions pour obtenir un tel enregistrement.

## Masques FFP

Les équipements de protection individuelle (EPI) doivent être conformes au Règlement (UE) 2016/425 du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2016 relatif aux équipements de protection individuelle (marquage CE, étiquetage et notices en français notamment).

En ce qui concerne les masques FFP, la réglementation applicable impose que le modèle soit homologué par un organisme notifié<sup>2</sup> (en France, il s'agit de l'APAVE) pour pouvoir être mis sur le marché. Cet organisme réalise des tests sur le produit ainsi que des audits de la chaîne de production. L'acheteur est en droit d'exiger que les soumissionnaires lui transmettent les certificats officiels délivrés par l'organisme notifié, connus sous le terme de « certificats UE de type » ainsi que des résultats de test attestant de la conformité à la norme harmonisée NF EN 149.

## Masques grand public

Les masques « grand public », sont des masques textiles à filtration garantie, pour la plupart lavables et réutilisables plusieurs fois. Réservés à un usage hors professionnels de santé, ils sont fabriqués en respectant un cahier des charges exigeant, élaboré par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) en lien avec l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), et destinés à prévenir la projection de gouttelettes et leurs conséquences.

Avant toute mise sur le marché, ces masques doivent faire l'objet, sous la responsabilité de leur fabricant ou de leur importateur, de tests réalisés par des laboratoires compétents (une [liste indicative est présentée sur le site de la DGE](#)) visant à démontrer leurs capacités de filtration et de respirabilité. L'acheteur pourra exiger que les soumissionnaires fournissent le résultat de ces tests.

Les masques « grand public » sont reconnaissables au logo qui doit obligatoirement figurer sur leur emballage ou sur leur notice. Leurs performances de filtration et de respirabilité doivent également figurer de manière lisible sur l'emballage du produit.

---

<sup>2</sup> Un organisme notifié est une tierce partie habilitée par un État membre de l'Union européenne à déterminer si un produit qui va être mis sur le marché respecte certaines normes. L'audit de conformité.

## **Les préconisations qui suivent concernent plus particulièrement les masques normalisés (masques chirurgicaux, masques FFP).**

### **Qualité des produits livrés lors de l'exécution du marché**

L'acheteur peut demander à connaître les processus qui seront mis en œuvre durant l'exécution du contrat pour s'assurer de la qualité des masques produits et exiger des mesures renforcées.

L'acheteur pourra ainsi exiger que les soumissionnaires s'engagent à être conformes aux certifications ISO 9001 ou 13 485 pour les masques chirurgicaux et ISO 22301 relatives au système de management de la qualité pour l'exécution du marché. Les acheteurs soumis au Code de la commande publique devront justifier que cette demande est nécessaire à la satisfaction de leurs besoins, en ce qu'elle permet de garantir la qualité du processus de fabrication des masques nécessaires à l'exécution du marché et préciser que les offres qui répondent à des caractéristiques équivalentes sont acceptables, sous réserve que le soumissionnaire puisse apporter la preuve de cette équivalence en fournissant des documents traduits en langue française. Dans ce cadre, il peut notamment être exigé un suivi des numéros de lot et la traçabilité des livraisons associées, avec la description des processus en cas de défaut de produits.

Pour s'assurer de la qualité des masques et de leur conformité réglementaire, il est recommandé de demander des échantillons, et d'exiger que les produits livrés durant toute la durée du contrat soient conformes aux échantillons reçus. Il est conseillé de prévoir des sanctions contractuelles en cas de non-respect de cette exigence, combinée le cas échéant avec une clause de résiliation. Les acheteurs soumis au Code de la commande publique peuvent exiger des échantillons lorsque ceux-ci seront utilisés pour l'appréciation de la conformité et de la valeur de l'offre, ce qui implique que les acheteurs soient en mesure de les tester de manière objective et non-discriminatoire et que le résultat de ces tests soit intégré à l'appréciation de la qualité de l'offre.

De même, pour s'assurer de la qualité des masques sur la durée du contrat, l'acheteur peut demander que lui soit fourni, au cours de l'exécution du contrat, les résultats de tests de performance (en particulier la filtration et la respirabilité) réalisés à intervalles réguliers soit par un tiers certificateur soit par un laboratoire interne accrédité ou non, prouvant la conformité du produit aux normes européennes exigées. L'acheteur pourra demander à être destinataire d'un compte rendu régulier de ces audits ainsi que du signalement sans délai des défauts constatés. Il est conseillé de prévoir des sanctions contractuelles en cas de non-respect de cette exigence.

L'acheteur pourra également exiger que chaque lot de livraison fasse l'objet d'un contrôle qualité avant expédition. Cette opération de contrôle pourra être effectuée soit par un organisme de contrôle qualité tiers de confiance externe

au titulaire et notoirement reconnu, soit par un laboratoire interne de qualité. Le rapport devra comprendre entre autres les rapports de contrôles finaux des produits, la vérification de la conformité des matières engagées pour la confection des lots (provenance, certificats et traçabilité) ainsi de la conformité des produits livrés aux exigences techniques de la consultation (contrôle par échantillonnage par exemple). D'autres exigences comme par exemple, la réalisation d'un prélèvement périodique pour la réalisation de tests ou le contrôle de la filtration et de perméabilité des masques sont également envisageables. Les acheteurs soumis au Code de la commande publique devront justifier que cette demande est nécessaire à la satisfaction de leurs besoins, en ce qu'elle permet de garantir la qualité du processus de fabrication des masques nécessaires à l'exécution du marché et préciser que les offres qui répondent à des caractéristiques équivalentes sont acceptables, sous réserve que le soumissionnaire puisse apporter la preuve de cette équivalence en fournissant des documents traduits en langue française.

L'acheteur peut, en outre, exiger d'accéder à sa demande à l'antenne ou aux antennes de production, y compris dans le cas où l'antenne n'est pas exploitée sous la responsabilité du titulaire mais sous celle d'un tiers dont le titulaire se porte fort à cet égard. Le contrôle peut consister notamment à vérifier que les procédés de fabrication ou dispositifs mis en place pour l'exécution des prestations permettent une exécution des prestations et des contrôles qualité conformes aux spécifications du contrat et soient conformes aux engagements pris par le candidat. En cas de défaut (non-conformité aux normes, aux processus qualité, etc.), des sanctions contractuelles peuvent être prévues, combinées le cas échéant avec une clause de résiliation.

### Date de péremption des lots

Pour sécuriser la bonne utilisation des masques en cas de stockage longue durée, une attention devra être portée à la durée de vie des masques. Une péremption de cinq ans à partir de la date de fabrication et une durée de conservation minimale de quatre ans qui garantit la non-altération des performances des produits pourra être inscrite comme exigence au contrat.

### Qualité des matières premières utilisées et des processus mis en œuvre

Plusieurs composants sont nécessaires à la fabrication des masques normalisés :

- le meltblown : il s'agit d'un matériau textile non tissé qui assure la capacité de filtration des masques ;
- le spunbond : il s'agit d'un matériau textile aux fibres plus grosses qui assure le support ;
- les barrettes ;
- les élastiques.

La qualité générale des masques et leur haut niveau de performance de filtration dépendent des matières utilisées, des moyens et des processus industriels mis en œuvre.

L'acheteur est donc en droit d'exiger des soumissionnaires de se voir transmettre les attestations des fournisseurs de matières premières, prouvant que les matières premières utilisées dans la production des masques sont conformes à la réglementation européenne (dossier technique prouvant la conformité à la réglementation MDR REG EU 2017/745, certificats délivrés par un organisme notifié comme l'APAVE). L'acheteur est également en droit d'exiger que les matières premières déclarées dans les offres ne fassent pas l'objet de changement en cours d'exécution sans que l'acheteur en ait donné son accord au préalable. Les acheteurs soumis au Code de la commande publique devront justifier que cette demande est nécessaire à la satisfaction de leurs besoins, en ce qu'elle permet de garantir la qualité du processus de fabrication des masques nécessaires à l'exécution du marché et préciser que les offres qui répondent à des caractéristiques équivalentes sont acceptables, sous réserve que le soumissionnaire puisse apporter la preuve de cette équivalence en fournissant des documents traduits en langue française.

L'acheteur pourra demander aux soumissionnaires de détailler les points de contrôle qualité des matières premières et des intrants rentrant dans la fabrication des commandes (modalités de réception, provenance et traçabilité ainsi que les actions correctives en cas de défaillance).

Dans le même souci de qualité des produits, une attention particulière devra être portée sur le système de traçabilité mis en place par le soumissionnaire lui permettant de faire le lien entre les références des bons de commandes et l'ensemble des certificats de conformité des matières utilisées, ainsi que les propres lots de fabrication du fournisseur.

En cas de défaut (non-conformité aux normes, aux processus qualité, etc.), des sanctions contractuelles peuvent être prévues, combinées le cas échéant avec une clause de résiliation.

## **B. Sécuriser les approvisionnements et assurer la disponibilité des produits**

### **Production des masques et des matières premières au sein de l'Union européenne**

#### **Acheteurs privés**

Le cadre juridique applicable aux achats privés est moins contraignant que celui fixé par le Code de la commande publique. Les acheteurs privés sont libres de recourir ou non à des appels d'offres pour satisfaire à leurs besoins, ainsi que de



déterminer sans formalisme prédéfini les critères de sélection de leurs prestataires. De ce fait, un acheteur privé peut prendre en compte dans sa décision d'achat la localisation de la production des masques ainsi que des matières premières.

De nombreuses entreprises proposent des masques fabriqués en France ou en Europe avec un approvisionnement en France ou en Europe pour l'ensemble des matières premières. Outre l'objectif de soutien au développement territorial, qui peut être valorisé dans le cadre d'une démarche RSE, privilégier une offre 100 % française ou européenne permet à l'acheteur privé de sécuriser ses approvisionnements et de se prémunir contre une hausse éventuelle des prix mondiaux en cas de nouvelle crise sanitaire.

### **Acheteurs soumis au Code de la commande publique**

L'article L. 2112-4 du Code de la commande publique dispose : « *L'acheteur peut imposer que les moyens utilisés pour exécuter tout ou partie d'un marché, pour maintenir ou pour moderniser les produits acquis soient localisés sur le territoire des États membres de l'Union européenne afin, notamment, de prendre en compte des considérations environnementales ou sociales ou d'assurer la sécurité des informations et des approvisionnements.* »

Cet article peut être mobilisé lorsque la localisation des moyens de production sur le territoire de l'UE « est nécessaire pour garantir la sécurité des approvisionnements ». Dans le cadre des contrats de masques normés, l'utilisation de cet article peut se justifier par la nécessité de garantir l'approvisionnement sur la durée du contrat lorsqu'aucun moyen moins contraignant, comme l'implantation européenne d'un centre de stockage suffisamment approvisionné, n'est à même d'offrir la même garantie de sécurité d'approvisionnement. L'acheteur agit ainsi dans le respect des orientations du conseil de l'Union européenne selon lesquelles les dispositifs médicaux constituent des produits d' « *importance cruciale* »<sup>3</sup>.

L'acheteur devra être en mesure de justifier la nécessité et la proportionnalité de cette mesure. Cela pourra être le cas pour un contrat de longue durée, portant sur des gros volumes, visant à couvrir les périodes de crise et dans les cas dans lesquels des menaces tangibles (d'embargo par exemple) ont pu être observées. En effet, durant la crise sanitaire Covid, l'approvisionnement en matières premières, notamment en meltblown a été particulièrement critique. La localisation de l'approvisionnement en meltblown en France ou en Europe est une condition

---

<sup>3</sup> Cf « *coopérer à l'élaboration d'orientations et de critères en recourant à une méthodologie commune afin d'aider le secteur public à s'approvisionner en passant par des chaînes d'approvisionnement transparentes, fiables, flexibles et diversifiées, dans le but de renforcer l'économie européenne et de réduire la dépendance stratégique à l'égard des pays tiers, en particulier dans certains secteurs de l'économie européenne qui revêtent une importance cruciale pour le fonctionnement des services publics et des soins de santé publique, tels que les médicaments et les dispositifs médicaux* » : conclusions du Conseil Investissements publics par l'intermédiaire de marchés publics : reprise durable et nouvelle impulsion en faveur d'une économie de l'UE résiliente, <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-13352-2020-INIT/fr/pdf>.

essentielle pour garantir la capacité du titulaire à assurer les approvisionnements sur la durée du contrat, même en cas de pic de la demande mondiale. De ce fait, l'acheteur pourra exiger à la fois une production en Europe des masques mais également que le titulaire se fournisse en Europe pour l'approvisionnement en matières premières nécessaire à l'exécution du contrat, notamment en meltblown particulièrement critique. L'acheteur public ne peut pas exiger que les soumissionnaires disposent d'antennes de production et d'un approvisionnement en matières premières au sein de l'Union européenne au moment de la remise des offres. Il peut cependant exiger en tant que clause d'exécution que le titulaire s'engage à disposer de telles capacités de production et d'approvisionnement avant le début de l'exécution du contrat.

Pour un contrat de longue durée, portant sur des gros volumes, pour s'assurer que le titulaire soit en mesure d'honorer ses engagements en toutes circonstances y compris en période de crise, l'acheteur peut exiger que le titulaire s'engage à le livrer prioritairement et prévoir que qu'une éventuelle réquisition l'empêchant d'honorer ses engagements ne serait pas un cas de force majeure et ne donnerait pas lieu à exemption de pénalités. L'acheteur public devra préciser que cette exigence vise à garantir la sécurité des approvisionnements quelles que soient les circonstances d'exécution du contrat.

Pour les contrats portant sur des volumes et des durées plus réduits, exiger la production des masques et l'approvisionnement en matières premières au sein de l'Union européenne sera plus difficile à justifier, l'acheteur public pourra cependant faire de la sécurité des approvisionnements l'un des critères d'attribution du marché (*voir tableau récapitulatif partie 4*), ce qui lui permettra de mieux noter les offres lui offrant la meilleure sécurité des approvisionnements en cas de crise sanitaire, notamment une protection contre le risque de réquisition ou d'embargo en cas de nouvelle pénurie mondiale, à l'instar des offres de fabrication 100 % françaises ou européennes. Il pourra ainsi demander aux soumissionnaires de détailler leur chaîne d'approvisionnement en leur demandant de préciser l'origine géographique de leur approvisionnement pour chaque matière première (meltblown, spundbond, élastique et barettes). La parfaite connaissance de l'organisation industrielle, le nombre et la localisation des fournisseurs de matières premières permettra à l'acheteur d'apprécier la résilience de la chaîne industrielle complète des candidats, et donc d'évaluer les éventuelles fragilités de la chaîne d'approvisionnement.

L'acheteur pourra également demander aux entreprises de détailler les mesures qu'elles mettront en œuvre pour éviter toute rupture d'approvisionnement en matières premières sur la durée du marché (par exemple l'existence de contrats pluriannuels avec des fournisseurs basés au sein de l'Union européenne est de nature à sécuriser l'approvisionnement).

L'acheteur public pourra également faire application de l'article L. 2153-1 du Code de la commande publique, qui permet d'introduire des critères ou des restrictions

fondés sur l'origine des produits composant l'offre lorsque ceux-ci proviennent d'un État tiers à l'Union européenne n'accordant pas un accès effectif et équivalent à ses marchés publics aux entreprises issues de l'Union européenne.

Pour assurer la sécurité des approvisionnements, l'acheteur pourra également demander aux soumissionnaires de détailler dans leurs offres les stocks dont ils disposent. Il est tout à fait possible d'exiger un stock minimal, équivalent par exemple à 10 jours de capacité de production. Les acheteurs publics devront justifier ce type d'exigence au regard de leur consommation.

Il est conseillé de prévoir une obligation d'information de l'acheteur de toute évolution de la chaîne de production et de prévoir des sanctions contractuelles en cas de non-respect de ces différentes exigences, combinées le cas échéant avec une clause de résiliation.

### Délais de livraisons

L'acheteur pourra exiger un délai maximum de livraisons des masques, par exemple, de cinq jours à compter de la notification d'un bon de commande et assortir cette exigence de sanctions en cas de non-respect par le titulaire de ces obligations. L'acheteur pourra prévoir des allotissements (cf. 1B) et des livraisons étalées sur la durée du marché pour éviter d'exiger la fourniture unique d'un volume très important dans des délais trop courts pour les fabricants.

### Flexibilité de la chaîne de production

À titre d'illustration, pendant la pandémie de Covid-19, la demande en masques sanitaires a été multipliée par 10 en quelques jours. Les industriels doivent donc sécuriser une certaine élasticité de leur capacité pour faire face à un pic de demandes aussi brutal qu'important.

Afin de s'assurer de la capacité des soumissionnaires à garantir les flux de livraisons, en période de très forte demande, l'acheteur pourra exiger qu'ils détaillent les mesures qu'ils pourront mettre en œuvre pour augmenter les capacités de production le cas échéant. Il pourra ainsi demander à connaître leur capacité de montée en puissance en 4 semaines et 6 ou 8 semaines en exigeant par exemple que le titulaire soit en capacité de multiplier par deux sa production sous 6 à 8 semaines, si cela paraît nécessaire pour répondre à la satisfaction de son besoin.

### Pénalités financières

Des pénalités financières lourdes pourront être prévues par exemple dans les cas :

- de retard de livraison supérieur à trois jours ouvrés par rapport aux exigences contractuelles ;

- livraison non conforme, notamment aux exigences qualitatives du contrat (par exemple un taux de non-conformité à la réglementation des produits réceptionnés supérieur à 5 %) ;
- livraison partielle.

À titre d'exemple, les acheteurs publics peuvent utiliser la formule suivante pour le calcul des pénalités par dérogation à l'article 14.1 du CCAG-FCS en précisant que les pénalités seront plafonnées à 40 % du montant du marché :

**$P = V * R / 165$  ; dans laquelle :**

**P = le montant de la pénalité ;**

**V = la valeur des fournitures concernées par le retard ou la non-conformité, cette valeur étant égale au montant en prix de base, hors variations de prix et hors du champ d'application de la TVA.**

**R = le nombre de jour de retard jusqu'à la livraison des fournitures concernées par le retard ou la mise en conformité des fournitures concernées.**

### Récapitulatif des éléments de preuve pouvant être exigés du titulaire :

L'acheteur pourra demander la réception progressive des documents suivants :

- o Les certificats des normes applicables à l'antenne ou aux antennes de production (traduction en langue française) ;

- o La documentation technique relative aux fournitures, et plus particulièrement :

- les notices d'utilisation (traduction en langue française) ;

- les certificats de conformités du fabricant aux normes mentionnées dans les pièces contractuelles du marché (traduction en langue française) ;

- les rapports de tests des produits ;

- la copie du certificat de marquage CE précisant le numéro et nom de l'organisme notifié pour les équipements de protection individuelle en application du règlement 2016/425 UE (traduction en langue française) ;

- le cas échéant, un ou plusieurs documents certifiant que la documentation technique susmentionnée concerne les masques produits dans la ou les antennes de production située(s) sur le territoire de l'Union européenne (traduction en langue française) ;

- la justification de l'équivalence de norme si le fournisseur ne suit pas les normes indiquées dans le CCP en langue française (système qualité, contrôle qualité, échantillonnage...) ;

- le cas échéant, une attestation sur l'honneur du fabricant ou du distributeur, d'approvisionner le titulaire à hauteur des durées, quantités et niveaux d'engagements au moins équivalents à ceux prévus par le CCP, afin de lui permettre d'exécuter ses obligations à l'égard du marché.

# 3.

## PRISE EN COMPTE DES CARACTÉRISTIQUES ENVIRONNEMENTALES ET SOCIALES

### A. Aspects environnementaux des offres

#### Quantification des émissions de gaz à effet de serre

L'acheteur pourra exiger du titulaire une évaluation des émissions de gaz à effet de serre globales liées à l'exécution du marché (fabrication du produit et acheminement des masques). Un plan de progrès visant à réduire ces émissions sur la durée du marché pourra être demandé.

#### Utilisation de matières recyclables ou recyclées pour la production des masques

L'acheteur pourra exiger une information obligatoire sur les démarches des fabricants en faveur de l'écoconception des masques (par exemple le recyclage des chutes au cours du processus de fabrication).

L'acheteur pourra par ailleurs exiger que les masques commandés soient composés en majorité de matériaux recyclables ou recyclés.

#### Mesures de réduction des emballages et garantissant leur caractère recyclable ou recyclé

L'acheteur pourra exiger du titulaire qu'il s'engage dans une démarche de réduction du volume des emballages ainsi qu'à garantir le caractère recyclé ou recyclable des emballages.

#### Recyclage des masques usagés

L'acheteur peut exiger du soumissionnaire qu'il mette en place une solution de collecte et de recyclage des déchets, en particulier les masques usagés, et prendre en compte la capacité de l'entreprise à mettre en place une telle solution comme un sous-critère de la valeur environnementale de l'offre. Les acheteurs publics devront évaluer au cas par cas en fonction de leur marché, la nécessité de prévoir de deux lots distincts (fourniture des masques, solution de recyclage) conformément à l'obligation d'allotissement prévue par le Code de la commande publique<sup>4</sup>.

Certaines entreprises sont par exemple, en capacité de proposer un système de collecte et de recyclage des masques associant des structures qui emploient un minimum de travailleurs handicapés ou défavorisés.

## B. Aspects sociaux des offres

### Clause sociale d'insertion des publics éloignés de l'emploi

L'acheteur peut intégrer dans son contrat, en condition d'exécution, une clause sociale d'insertion par l'activité économique. Cette clause précisera le volume horaire d'insertion à réaliser par le titulaire. Les acheteurs publics devront adapter cette obligation en fonction des caractéristiques du marché (durée et montant). Ils pourront s'appuyer sur l'expertise d'un facilitateur de la clause sociale d'insertion.

Les entreprises produisant des masques normés sont en mesure de répondre à ces clauses, en interne mais également pour certaines au travers des partenariats dont elles disposent avec des structures qui emploient un minimum de travailleurs handicapés ou défavorisés pour le conditionnement et l'expédition des masques.

Les acheteurs publics peuvent mettre en place un critère d'attribution quantitatif (nombre d'heures supérieur aux exigences du marché) et qualitatif (formation et accompagnement des publics en insertion) en complément de la clause sociale en condition d'exécution. Ces critères peuvent être appréciés en demandant aux soumissionnaires de détailler la performance de l'insertion sociale de leur offre, en lien avec les conditions d'exécution du marché.

### Traçabilité sociale des chaînes d'approvisionnement et démarche de vigilance

L'acheteur pourra exiger au titre des conditions d'exécution une information transparente sur les démarches de diligence raisonnable que le titulaire met en place vis-à-vis de sa chaîne de d'approvisionnement. Pour ce faire, les acheteurs publics pourront appliquer un critère d'attribution portant sur la qualité sociale de l'offre, un cadre de réponse obligatoire pourra être ainsi inséré au marché. Des audits sur site pourront utilement être prévus dans le cadre de l'exécution du marché. Une attention particulière sera portée aux entreprises soumises à la loi sur le devoir de vigilance des sociétés mères et des entreprises donneuses d'ordre (loi n° 2017-399 du 27 mars 2017).

---

<sup>4</sup> Ils peuvent utilement se référer à la [fiche technique de la direction des Affaires juridiques du ministère de l'Économie, des Finances et de la Relance](#).

# 4.

## PROPOSITION DE PONDÉRATION DES CRITÈRES D'ATTRIBUTION DES APPELS D'OFFRES

Cette proposition s'adresse en particulier aux acheteurs publics. L'ensemble des considérations développées dans cette note suppose de limiter la part du critère prix dans la pondération des critères d'attribution du marché et d'accorder une importance particulière à l'allotissement des marchés. Il est ainsi recommandé de fixer le critère technique (qualité et sécurité des approvisionnements) à 60 % de la note finale, le critère environnemental à 10 %, le critère social, lorsqu'il peut être utilisé, à 10 % et le critère prix à 20 %.

Pour l'appréciation de la valeur des offres sur le critère technique et environnemental et social, les acheteurs ont tout intérêt à prévoir des sous-critères liés aux clauses d'exécution identifiées ci-dessus. Cela leur permettra de départager les offres en retenant, *in fine*, celle qui répondra le mieux aux clauses d'exécution. Les acheteurs publics devront s'assurer que les critères d'attribution et les clauses d'exécution sont en lien avec l'objet du marché.

## Tableau récapitulatif

Critère	Pondération globale	Sous-critères*
Valeur technique des offres	60 %  L'appréciation de la valeur technique des offres pourra impliquer deux sous-critères (qualité de l'offre et logistique) pondéré chacun à 50 % de la note sur ce critère	<p><u>Sous-critère qualité de l'offre :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• qualité des masques et des matières premières (exigences normatives ou probantes) ;</li> <li>• qualité de la traçabilité produite, contrôle qualité en production et à l'expédition ;</li> <li>• délai de péremption des masques.</li> </ul> <p><u>Sous-critère logistique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sécurité des approvisionnements ;</li> <li>• flexibilité de la chaîne de production.</li> </ul>
Valeur environnementale	10 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>• quantification des émissions de CO<sub>2</sub> liées à l'exécution du marché (fabrication et acheminement des masques).</li> <li>• écoconception, contenu recyclage ou recyclé des masques (en % de matière et en % de l'offre).</li> <li>• mesures visant à réduire les emballages et à assurer leur caractère recyclable ou recyclé.</li> <li>• capacité à proposer une solution de recyclage des masques usagés (si cette demande est incluse dans le cahier des charges).</li> </ul>
Valeur sociale	10 %	<p><u>Sous-critère quantitatif du dispositif d'insertion :</u> volume horaire supplémentaire aux exigences du marché.</p> <p><u>Sous-critère qualitatif du dispositif d'insertion :</u> formation et accompagnement des publics</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• traçabilité des chaînes d'approvisionnement et devoir de vigilance.</li> </ul>
Prix	20 %	

\* à détailler dans l'appel d'offre en reprenant le contenu des clauses d'exécution proposées ci-dessus.





Centre national de gestion

**Arrêté du 16 décembre 2021 portant inscription au titre de l'année 2022 au tableau d'avancement à la hors classe du corps des directeurs des soins**

NOR : SSAN2130528A

La directrice générale du Centre national de gestion,

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires ;

Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 modifié portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 2014-9 du 7 janvier 2014 relatif au classement indiciaire des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière et aux emplois fonctionnels de directeur des soins de certains 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 ;

Vu l'arrêté interministériel du 7 janvier 2014 relatif à l'échelonnement indiciaire de directeur des soins de la fonction publique hospitalière et à l'échelonnement indiciaire des emplois fonctionnels de directeur des soins de certains 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,

Arrête :

Article 1<sup>er</sup>

Les directeurs des soins dont les noms suivent sont inscrits au titre de l'année 2022 au tableau d'avancement à la hors classe du corps des directeurs des soins :

Sont nommés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022 :

- 1 - AGOGUE Nathalie
- 2 - AUGER Isabelle
- 3 - BILLION Michelle
- 4 - BOISSART Marielle
- 5 - BOMPART Vanessa
- 6 - BOUILLOT David
- 7 - BRAY Caroline
- 8 - BUSTARA Emma
- 9 - CLAVEL Béatrice

- 10 - CRETON Mathilde
- 11 - DALI-YOUCHEF Angèle
- 12 - DAVIAUD Jean-Benoît
- 13 - DEGRANGE Virginie
- 14 - DEHEEGHER Marie
- 15 - DIOT Fabrice
- 16 - DUEZ Nadia
- 17 - ETIEVE Christine
- 18 - EUGENE Nathalie
- 19 - FAUVEL Nelly
- 20 - GAQUIERE Céline
- 21 - GRISONI Fabienne
- 22 - GUILLAUD Céline
- 23 - HANIN David
- 24 - ILMANY CIMIA Colette
- 25 - KARADENIZ Khadidja
- 26 - LANGLOIS Franck
- 27 - LAPIQUE Olivier
- 28 - LE CAZ Maud
- 29 - LE NAOUR Brigitte
- 30 - LE ROUGE Sylvie
- 31 - LE ROUZIC Stéphane
- 32 - MARMOUGET Sylvie
- 33 - MAZELIER SECK Pascale
- 34 - MONTAGNE Brigitte
- 35 - NOURRY Sophie
- 36 - PERRIN Isabelle
- 37 - PETERS Christophe
- 38 - RAGUENES Florence
- 39 - RINGOT Ludovic
- 40 - RIVALDI Lydie
- 41 - ROGER Fernande
- 42 - ROUSSON Nicolas
- 43 - RUFAT Olivia
- 44 - RUSTI Frédérique
- 45 - SAC-EPEE Arielle
- 46 - SAUVETRE Luc-Olivier
- 47 - STREIFF Marie-Hélène
- 48 - ZANONE Thierry

## Article 2

La présente décision peut être contestée dans les deux mois qui suivent sa notification soit en déposant un recours gracieux devant l'administration auteure de la décision, soit un recours contentieux devant le tribunal administratif territorialement compétent.

Article 3

Le présent arrêté sera publié au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 16 décembre 2021.

Pour la directrice générale du  
Centre national de gestion et par délégation :  
La directrice générale adjointe,  
Christel PIERRAT

Centre national de gestion

**Arrêté du 17 décembre 2021 établissant la liste des élèves-directeurs et élèves-directrices d'hôpital inscrits sur la liste d'aptitude à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022**

NOR : SSAN2130529A

La directrice générale du Centre national de gestion,

Vu l'article L. 6141-1 du code de la santé publique ;

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée, portant droits et obligations des fonctionnaires ;

Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, notamment son article 56 ;

Vu le décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 2°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu les résultats proclamés par le jury de fin de formation qui s'est réuni en séance le 17 décembre 2021,

Arrête :

Article 1<sup>er</sup>

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022, en application de l'article 5 du décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié susvisé, les élèves-directeurs d'hôpital et élèves-directrices d'hôpital mentionnés ci-dessous, ayant satisfait aux épreuves de fin de formation du corps des directeurs et directrices d'hôpital, sont inscrits sur la liste d'aptitude aux emplois dudit corps, par ordre alphabétique :

Monsieur ABED Sabri,  
Madame ANSTETT SINIGAGLIA Émilie,  
Monsieur ARANDEL Charles,  
Monsieur ASSIÉ Gaétan,  
Monsieur AUGIER Rudy,  
Monsieur AYRAUD-COLLINEAU Arthur,  
Madame BAYOT Emma,  
Madame BENOIST Agathe,  
Madame BINAY Sarah,  
Monsieur BOLMONT Antoine,  
Madame BOQUET Clarisse,  
Madame BOURGET Mathilde,  
Monsieur BOURRELIÉ Romain,  
Madame BOUVET Charlotte,  
Madame BRETAGNE Camille,

Madame BRIED Frédérique,  
Madame BRU Claire,  
Madame CANTAT Amélie,  
Monsieur CARRIÉ Florent,  
Monsieur CHIROL Augustin,  
Monsieur CIESLIK Denis,  
Madame CRÉPIN Angélique,  
Monsieur CURTI Laurent,  
Madame DA SILVA BARRETO Bianca,  
Madame DE CESARE Virginie,  
Madame DE CORBIÈRE Juliette,  
Monsieur DELATTRE Lucas,  
Monsieur DENAVIT Sami,  
Madame DIOSZEGHY Stéphanie,  
Monsieur DRILLAT Jean-Philippe,  
Madame DUMONT Magali,  
Madame EVANO Sarah,  
Monsieur FILIPOVITCH Stéphane,  
Monsieur FLECKSTEIN Ronan,  
Madame FOSSE Lola,  
Madame GERMAIN Armelle,  
Monsieur GIRAUD Loïs,  
Monsieur GRIFFAUD Michaël,  
Madame GUÉRIF Énora,  
Madame GUERNER Louise,  
Monsieur HAAS Jonathan,  
Monsieur HANNETEL Louis,  
Monsieur HINCKER Jérôme,  
Madame JACOUD Lorène,  
Monsieur LALLOT Matthieu,  
Madame LAPEYRE Marlène,  
Monsieur LATINIER Fabien,  
Madame LÉAL Camille,  
Monsieur LECOMTE Bastien,  
Madame LEHERICEY Hélène,  
Madame LEMIÈRE Élise,  
Monsieur LUCREZIA Jean,  
Monsieur MALLET-GUY Clément,  
Madame MARTI Élixa,  
Madame MARTIN Léopoldine,  
Madame MATHIEU Alice,  
Madame MAURIAT Jennifer,  
Madame MAZOUNI MENARD Chafika,  
Madame MEILLEUR Lisa,  
Monsieur MORIZOT Jonathan,  
Monsieur PATRIER François,  
Madame PEIGNOT Maïna,  
Madame PEN-FEUILLETTE Jaëlle,  
Madame PETETIN Stéphanie,

Madame PHARAM Patricia,  
Monsieur PLEIGNET Benjamin,  
Madame PRÉPIN-THOMAS Magali,  
Madame QUESNEY Audrey,  
Madame ROBERT Magali,  
Monsieur ROUSSEAU Basile,  
Madame SICK Mélanie,  
Madame SINANG Noëlle,  
Madame TALEC Marie,  
Monsieur URO Florent,  
Monsieur VALÉRI Aurélien,  
Monsieur VASSET Jean-Baptiste,  
Monsieur VINDRET Aristide,  
Monsieur WENDLING Léonard,  
Monsieur ZOMER Mathias.

#### Article 2

La présente décision peut faire l'objet, dans un délai de 2 mois à compter de sa notification, soit d'un recours gracieux auprès de l'administration auteure de la décision, soit d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorial compétent.

#### Article 3

La directrice générale du Centre national de gestion est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 17 décembre 2021.

Pour la directrice générale du Centre national  
de gestion et par délégation :  
La directrice générale adjointe,  
Christel PIERRAT

Centre national de gestion

**Arrêté du 17 décembre 2021 établissant la liste des élèves-directeurs et élèves-directrices des soins inscrits sur la liste d'aptitude à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022**

NOR : SSAN2130530A

La directrice générale du Centre national de gestion,

Vu l'article L. 6141-1 du code de la santé publique ;

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires ;

Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, notamment son article 56 ;

Vu le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 modifié portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière ;

Vu les résultats proclamés par le jury de fin de formation qui s'est réuni en séance le 17 décembre 2021,

Arrête :

Article 1<sup>er</sup>

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022, en application de l'article 16 du décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 modifié portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière, les élèves-directeurs et élèves-directrices des soins mentionnés ci-dessous, ayant satisfait aux épreuves de fin de formation du corps des directeurs et directrices des soins, sont inscrits sur la liste d'aptitude aux emplois dudit corps, par ordre alphabétique :

Madame BENARAB Najat,  
Madame BONNEFON Angélique,  
Madame BOUCHER Géraldine,  
Madame CHARLES Patricia,  
Madame CHASTAGNER Laurence,  
Madame DAILLER Fabienne,  
Madame DESJARDINS Guylaine,  
Madame DEYMIE Christelle,  
Madame DOUCET Sylvie,  
Madame FOUQUOIRE Sandra,  
Monsieur GOURDIN Guillaume,  
Monsieur GULA Gabriel,  
Monsieur HARENDARCZYK Patrick,  
Madame KACI-LEVEQUE Christine,  
Madame KROUK Yamina,  
Monsieur LADRIX Guillaume,



Monsieur LE BARS Gwendal,  
Madame LE FALHER Isabelle,  
Madame LEMOINE Roselyne,  
Madame LHOMME Sandrine,  
Monsieur MARTINEZ Cyril,  
Madame MOAL Corinne,  
Madame MONTAGNIER Sophie,  
Madame PARISOT Virginie,  
Madame PIOTROWSKI Carine,  
Madame RAUD Mylène,  
Madame RETARDATO Clémentine,  
Monsieur REY Thierry,  
Madame ROSSI Florence,  
Monsieur ROUSSELET Ludovic,  
Madame ROY Natacha,  
Madame SYLVESTRE-GRENIER Carole,  
Monsieur THEVENEAU Laurent,  
Madame TROJAN Christine,  
Madame VANBIERVLIET Candice,  
Madame ZBORALSKI Christine.

#### Article 2

La présente décision peut faire l'objet, dans un délai de 2 mois à compter de sa notification, soit d'un recours gracieux auprès de l'administration auteure de la décision, soit d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorial compétent.

#### Article 3

La directrice générale du Centre national de gestion est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 17 décembre 2021.

Pour la directrice générale du Centre  
national de gestion et par délégation :  
La directrice générale adjointe,  
Christel PIERRAT


**MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ**
*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**INSTRUCTION N° DGS/SP2/2021/259** du 17 décembre 2021 relative à la généralisation de l'accès au dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) par sérologie directement sans prescription dans tous les laboratoires de biologie médicale et au rôle des agences régionales de santé.

Le ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux  
des agences régionales de santé

<b>Référence</b>	NOR : SSAP2138536J (numéro interne : 2021/259)
<b>Date de signature</b>	17/12/2021
<b>Emetteur</b>	Ministère des solidarités et de la santé Direction générale de la santé
<b>Objet</b>	Généralisation de l'accès au dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) par sérologie directement sans prescription dans tous les laboratoires de biologie médicale et au rôle des agences régionales de santé.
<b>Commande</b>	Rôle de l'ARS dans la mise en œuvre régionale de l'accès au dépistage du VIH par sérologie directement sans prescription dans tous les laboratoires de biologie médicale.
<b>Actions à réaliser</b>	Mise en place d'un comité de pilotage régional. Choix d'un opérateur et d'un mode opératoire pour assurer la réponse aux biologistes en cas de résultat positif, et orienter les patients dans un parcours de soins. Constitution d'un répertoire opérationnel des ressources en santé sexuelle du territoire.
<b>Echéance</b>	01/01/2022
<b>Contacts utiles</b>	Sous-direction santé des populations et prévention des maladies chroniques Bureau des infections par le VIH, les IST, les hépatites et la tuberculose Personnes chargées du dossier : Dr Olivier SCEMAMA Tél. : 01 40 56 47 94 Mél. : <a href="mailto:olivier.scemama@sante.gouv.fr">olivier.scemama@sante.gouv.fr</a> Adrien ESCLADE Tél. : 01 40 56 79 60 Mél. : <a href="mailto:adrien.esclade@sante.gouv.fr">adrien.esclade@sante.gouv.fr</a>

<b>Nombre de pages et annexes</b>	6 pages + 2 annexes de 4 pages Annexe 1 – Exemple de kit de communication utilisé durant l'expérimentation dans les LBM des Alpes-Maritimes Annexe 2 – Présentation de l'expérimentation Au Labo Sans Ordo
<b>Résumé</b>	L'objet de cette instruction est de présenter la mise en œuvre de l'article 77 du PLFSS 2022 qui vise à généraliser l'accès au dépistage du VIH par sérologie directement sans prescription dans tous les laboratoires de biologie médicale. Elle vise à expliciter le rôle des ARS et les accompagner dans cette généralisation.
<b>Mention Outre-mer</b>	Le texte s'applique en l'état dans l'ensemble des Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle-Calédonie, et de Wallis et Futuna. Des adaptations pourront être nécessaires en lien avec les spécificités territoriales et épidémiologiques. Cependant, le texte n'envisage pas de dispositions spécifiques.
<b>Mots-clés</b>	VIHTest – Au Labo Sans Ordo (ALSO) – Laboratoire de biologie médicale (LBM) – Comité de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le VIH (COREVIH) – CeGIDD – Comité de suivi.
<b>Classement thématique</b>	Santé publique
<b>Texte de référence</b>	Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.
<b>Circulaire / instruction abrogée</b>	Néant
<b>Circulaire / instruction modifiée</b>	Néant
<b>Validée par le CNP le 17 décembre 2021 - Visa CNP 2021-152</b>	
<b>Document opposable</b>	Non
<b>Déposée sur le site Légifrance</b>	Non
<b>Publiée au BO</b>	Oui
<b>Date d'application</b>	Immédiate

L'article 77 du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2022 définitivement adopté prévoit la généralisation de l'accès au dépistage du VIH par sérologie directement sans prescription dans tous les laboratoires de biologie médicale (LBM) du territoire et pris en charge à 100% par l'assurance maladie sans avance de frais. Il s'agit d'une des mesures de la feuille de route 2021-2024 de déclinaison de la stratégie nationale de santé sexuelle. Elle porte comme grande priorité la facilitation et la diversification de l'accès au dépistage de l'infection par le VIH notamment dans le contexte de la baisse des dépistages en lien avec la crise sanitaire liée à la Covid-19 (baisse des sérologies VIH de 14% en 2020 – source Santé publique France).

Cette généralisation repose sur les résultats positifs de l'expérimentation Au Labo Sans Ordo (ALSO) qui a été menée sur 2 territoires (Paris et Alpes-Maritimes) du 1<sup>er</sup> juillet 2019 au 31 décembre 2020, dont vous trouverez des éléments clés en annexe. Ce dispositif sera dorénavant communiqué sous le nom de « VIHTest ».

Cette mesure est d'application directe au 1<sup>er</sup> janvier 2022. Compte tenu de sa place dans la politique publique de santé sexuelle et de lutte contre le VIH, la présente instruction vise :

- à vous informer sur les conditions de structuration de la généralisation d'ALSO, sous le nom désormais de VIHTest, en régions à partir des éléments issus de l'expérimentation, et le suivi au niveau national ;
- à vous informer sur les modalités pratiques de prise en charge des tests sérologiques VIH par l'assurance maladie ;
- à vous informer et vous proposer des outils de communication ;
- à présenter les modalités de coordination des parcours après une découverte de séropositivité mis en place dans le cadre de l'expérimentation et les perspectives qui peuvent en être tirées ;
- à fixer les grandes étapes du déploiement.

## I- La structuration de la généralisation de VIHTest au niveau régional et le suivi national

### 1. Pilotage au niveau régional

Dans le cadre de l'expérimentation, un comité de pilotage a été mis en place pour lancer la dynamique, structurer le rôle de chacun, concevoir des outils et définir les modalités d'organisation des orientations dans un parcours de soin des personnes dépistées positives.

Pour déployer cette nouvelle offre de dépistage de l'infection par le VIH et le parcours qui s'en suit, il paraît donc nécessaire qu'**un pilotage régional soit organisé par l'ARS en lien avec tous les acteurs concernés, notamment les CPAM, les COREVIH, les URPS** (notamment biologistes) et possiblement les groupements de LBM en lien avec les URPS.

Aussi, pour assurer le déploiement de cette nouvelle offre de dépistage, il paraît nécessaire que vous mettiez en place un comité de pilotage régional avec l'ensemble des acteurs concernés, des représentants d'usagers, et au-delà avec les professionnels et structures engagés dans la mise en œuvre de la politique régionale de santé sexuelle afin d'assurer la bonne communication sur cette nouvelle offre, l'information des acteurs et des usagers, le suivi de sa montée en charge et les résultats en termes de santé publique.

### 2. Pilotage au niveau national

Au niveau national, une information sur cette mesure du PLFSS 2022 sera réalisée auprès de la commission nationale de biologie dès cette fin d'année.

Une lettre réseau est prévue par la CNAM à destination de son réseau qui précisera le contexte de la mesure et les éléments de facturation pour les laboratoires de biologie médicale.

Par ailleurs, une information sera faite par la CNAM auprès des instances conventionnelles ainsi qu'une actualité sur le site ameli dédié aux biologistes.

Pour assurer le suivi du déploiement, la DGS organisera un comité national associant les ARS pendant toute l'année 2022 pour répondre aux questions pratiques, difficultés, spécificités à prendre en compte (notamment le contexte ultra-marin). Une première réunion du comité national vous sera proposée début 2022. Un échange spécifique avec les ARS ultra-marines sera également proposé.

### 3. Éléments-clés pour structurer opérationnellement cette nouvelle offre de dépistage

A la lecture du bilan de l'expérimentation, voici les pré-requis qui doivent être pris en compte pour un déploiement réussi :

- La bonne information des acteurs territoriaux et la communication en direction des usagers ;
- La mise en place d'un dispositif d'orientation du patient dont le résultat de la sérologie VIH est positif ;
- La disponibilité d'un annuaire à jour des services spécialisés et personnes contacts pouvant prendre en charge une personne séropositive au VIH : CeGIDD, services de maladies infectieuses ;
- L'identification d'un acteur en charge de la coordination de l'orientation des usagers ou d'un protocole partagé d'orientation ;
- La mise à disposition des LBM d'outils simples d'usage pour assurer la première étape de réorientation d'une personne dont la sérologie s'avérerait positive ;
- La mise à disposition auprès des LBM de ressources permettant de disposer des messages d'accompagnement d'un résultat de sérologie ;
- A plus long terme, le développement de formations groupées sur l'orientation et les parcours de soins pour les acteurs engagés (LBM, COREVIH, structures de santé sexuelle...).

Des webinaires existent déjà et ont été conçus à cet effet dans le cadre des expérimentations et peuvent être mis à disposition.

## **II- Les modalités de prise en charge par l'assurance maladie**

A ce stade, le dispositif concerne exclusivement les assurés sociaux.

La personne qui se présente dans un laboratoire pour faire un test de dépistage du VIH dans le cadre de l'offre VIHTest fait l'objet de la même prise en charge qu'un patient qui se présenterait pour un test avec une prescription médicale. La génération par l'Assurance maladie d'un code prescripteur spécifique permet la facturation des tests au prix de la nomenclature.

Cela permet un suivi précis des tests réalisés au niveau régional et national.

Pour le moment, les personnes sans droits ouverts seront systématiquement réorientées vers les CeGIDD par les LBM, dans le cadre du protocole de coordination des parcours et le cas échéant en lien avec l'opérateur identifié pour la coordination des parcours. Cependant, il est indispensable de mesurer la part que ce public pourrait représenter et d'en assurer un suivi pour évaluer la nécessité d'une adaptation du dispositif, et éviter tout délai de dépistage pouvant conduire à une prise en charge individuelle tardive et des nouvelles chaînes de contamination.

## **III- Les modalités d'information et les outils de communication mobilisables**

La communication concerne prioritairement les LBM et est indispensable à la bonne mise en œuvre du dispositif au 1<sup>er</sup> janvier :

- Des procédures ont été élaborées dans le cadre de l'expérimentation ALSO qui pourront être adaptées et dont il convient d'informer les LBM ;
- Des kits de communication pour les LBM sont prêts ;
- Ces supports seront mis à disposition des ARS qui devront s'assurer de l'impression et de l'envoi de ces kits de communication à tous les LBM. Les ARS pourront s'appuyer sur les groupements de LBM et les URPS afin d'assurer cet envoi.

A titre d'exemple, le coût de la mise en forme graphique, de l'impression et de la création des kits de communication était de 5 300€ pour les 107 laboratoires du département des Alpes-Maritimes.

Des échanges sont en cours avec l'Assurance maladie concernant la structuration du dispositif de communication.

Les acteurs communautaires et associatifs pourront avoir toute leur place pour assurer la diffusion la plus large possible de l'information sur ce dispositif. A moyen terme, l'information pourra également être relayée dans le cadre de la future semaine de promotion de la santé sexuelle, et donner lieu à l'utilisation d'espaces publicitaires dans divers supports

#### **IV- Les modalités de coordination des parcours en cas de test positif**

##### **1. Identification d'un acteur support de la coordination**

Dans le cadre des deux territoires d'expérimentation ALSO, un acteur en charge de la coordination de l'orientation des usagers dans le cas d'un résultat positif de sérologie VIH signalé par les LBM a été identifié. Dans les deux territoires d'expérimentation, c'est le COREVIH qui a été désigné pour assurer ce rôle (coordination sur le territoire et mobilisation possible des ressources humaines et financières dont ils disposent pour assurer cette mission)

Dans un objectif de santé publique, il apparaît indispensable que les territoires définissent les modalités d'orientation dans un parcours de prise en charge des personnes qui auraient un résultat positif. A minima, la mise à disposition d'un protocole d'orientation et d'un répertoire des ressources expertes mobilisables est impérative.

Dans une logique de parcours en santé sexuelle, et de maillage territorial des acteurs tenant compte des questions de secret médical, il semble important que l'opérateur identifié soit une structure de soins, avec une capacité d'écoute aux situations difficiles (découverte d'un cas de séropositivité au VIH) et de mise en réseau des professionnels de son territoire et une bonne connaissance de l'offre en santé sexuelle sur son territoire (disposant d'un annuaire spécialisé de l'offre en santé sexuelle à jour).

##### **2. Outil d'orientation à distance : l'expérimentation du numéro vert**

Un numéro vert a été déployé sur chacun des territoires d'expérimentation par le COREVIH à destination des LBM de ville. Il a été un outil central à disposition des biologistes pour initier le parcours d'orientation des personnes dont la sérologie VIH se révèle positive.

Techniquement, ce numéro vert s'appuie sur un serveur vocal relativement simple à déployer (une demi-journée de travail par territoire) et dont le coût est pour 2022, limité à la facturation des appels. A titre d'exemple, ils ont été d'environ 400€ pour l'année, par territoire d'expérimentation (30€ par mois).

Opérationnellement, cet outil d'orientation à distance ne peut fonctionner que si un opérateur pouvant assurer la réponse aux biologistes a été désigné, et qu'il existe un annuaire à jour des services spécialisés à disposition de l'opérateur. C'est la mise en œuvre de ces trois étapes qui permet d'être un appui aux laboratoires de biologie médicale dans leur rôle de premier niveau du parcours des personnes en cas de découverte de sérologie positive.

Dans le cadre de la généralisation du déploiement de l'accès direct à une sérologie VIH en LBM, le principe du numéro vert pourrait donc représenter une vraie plus-value.

L'ARS Ile-de-France et le COREVIH PACA Est, pilotes de l'expérimentation, sont des interlocuteurs ressources identifiés pour vous accompagner le cas échéant sur le sujet.

## V- Grandes étapes du calendrier de déploiement

Cette nouvelle offre de dépistage prévue par la loi est d'application directe. Tout usager qui se présentera pour une sérologie sans prescription dans un laboratoire de biologie médicale doit pouvoir être pris en charge par ce dernier, sans avance de frais dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

Dès le 1/01 : La première étape est la bonne information des professionnels pour la mise en application de cette nouvelle offre de dépistage. Cette information est avant tout assurée par le niveau national, auprès de la commission nationale de biologie, et de chaque LBM par l'assurance maladie.

Au 1/06 : Pour garantir la plus-value de cette nouvelle offre de dépistage en termes de santé publique, la deuxième étape correspond à la structuration de l'appui aux LBM et de l'orientation des personnes en cas de sérologie positive. Aussi, les modalités d'appui aux LBM et de coordination du parcours des personnes doivent pouvoir être opérationnelles dans chaque région au plus tard au 1<sup>er</sup> juin.

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



Nicole DA COSTA

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

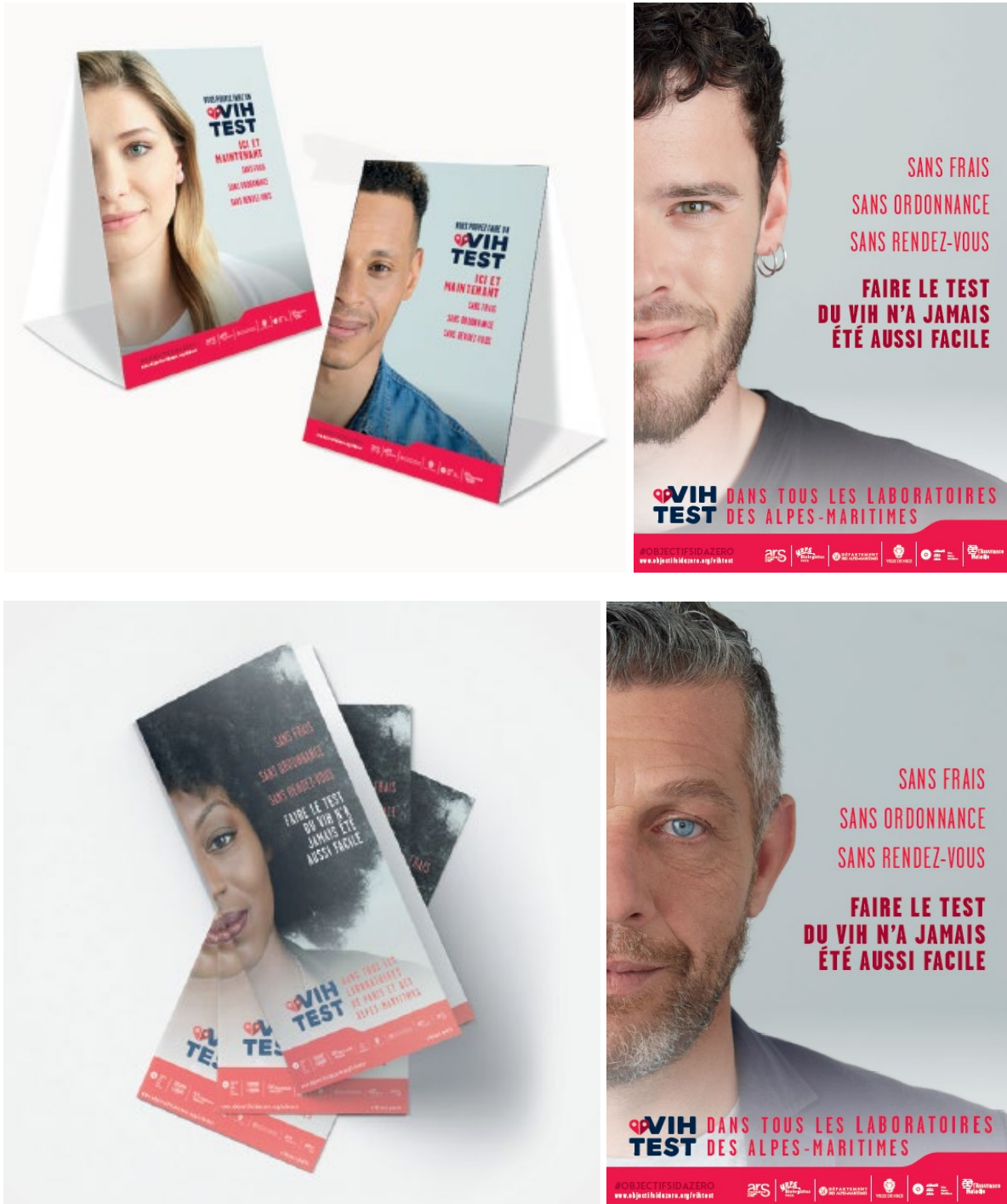


Jérôme SALOMON



ANNEXE 1

Exemple de kit de communication utilisé durant l'expérimentation dans les LBM des Alpes-Maritimes





## ANNEXE 2

### Présentation de l'expérimentation Au Labo Sans Ordo

#### Contexte de l'expérimentation Au Labo Sans Ordo (ALSO) : les villes sans SIDA

Le projet a été initialement porté par la Mairie de Paris via l'association Vers Paris Sans Sida. L'équipe du projet s'est rapprochée dès fin 2018 des organismes locaux de l'Assurance maladie, de l'association Objectif Sida Zéro à Nice, et des différents partenaires locaux (départements, ARS, COREVIH, URPS biologie), en vue d'élaborer et mettre en œuvre conjointement l'expérimentation dans deux départements expérimentateurs (Paris et Alpes-Maritimes). La CNAM l'a rejoint dans un second temps. Le contexte épidémiologique et l'évaluation des capacités de dépistage à Paris et dans les Alpes-Maritimes ont conduit à proposer cette offre complémentaire, fondée sur une accessibilité accrue par la proximité, la simplicité et la gratuité : une sérologie VIH prise en charge à 100% par l'Assurance maladie sans prescription médicale dans les laboratoires de biologie médicale.

L'expérimentation, prévue initialement pour un an du 1<sup>er</sup> juillet 2019 au 30 juin 2020, a été prolongée jusqu'au 31 décembre 2020 en raison de la crise sanitaire liée à la Covid-19 qui a bouleversé l'offre de dépistage et l'expérimentation.

#### Description du dispositif mis en œuvre dans le cadre de l'expérimentation

##### 1. Dispositif en laboratoire et circuit patient

L'expérimentation a été conçue pour être facilement pérennisée ou étendue à d'autres régions : elle ne crée pas de dispositifs nouveaux et s'inscrit dans les pratiques usuelles des laboratoires pour ce qui a trait aux actes de prélèvement et d'analyse, aux pratiques de gestion des données et de rémunération des laboratoires, à la procédure existante pour les actes sans prescription et aux habitudes des usagers qui se présentent au guichet du laboratoire avec leur attestation de droits à la Sécurité sociale ou à l'AME. Le seul dispositif supplémentaire est le service dédié d'aide à l'orientation des personnes séropositives vers une prise en soin rapide, appelé « navigation ».

Ainsi toute personne souhaitant se faire dépister peut se présenter dans un laboratoire sans ordonnance et bénéficier d'un test de dépistage du VIH sans avance de frais. 157 laboratoires parisiens et 106 laboratoires des Alpes Maritimes participent au dispositif.

##### 2. Prise en charge financière

La personne qui se présente dans un laboratoire pour faire un test de dépistage du VIH dans le cadre de l'offre ALSO fait l'objet de la même prise en charge qu'un patient qui se présenterait pour un test avec une prescription médicale. La génération par l'Assurance maladie d'un code prescripteur spécifique permet la facturation des tests au prix de la nomenclature. À Paris, à la demande de la Ville, l'ARS Île-de-France prend en charge le coût pour les personnes ne disposant pas de droits ouverts à l'Assurance maladie. Dans les Alpes-Maritimes, ces personnes sont réorientées vers les CeGIDD ou un centre de planification ou d'éducation familiale (CPEF).

##### 3. Orientation et navigation

Au moment de son enregistrement, la personne indique si elle souhaite que son médecin traitant reçoive une copie des résultats.

Un **résultat négatif** est rendu selon les modalités ordinaires de chaque laboratoire (souvent désormais par un serveur de résultats). Dans ce cas, le compte-rendu d'analyse comporte un texte sur les conditions de validité du test Elisa, les recommandations de répétition du test, et rappelle l'intérêt de la prévention diversifiée (préservatif, PrEP, TPE).

En cas de **résultat positif**, la personne est appelée par le biologiste pour lui proposer de venir au laboratoire et l'annonce de séropositivité est faite en face-à-face, en lien ou non avec le médecin traitant selon le choix du patient. Les biologistes ne disposant pas tous en routine d'un réseau de correspondants dans les services spécialisés VIH, un **service de « navigation »** a été créé pour une prise en soin rapide. Une plateforme téléphonique réservée à l'usage des biologistes leur permet de contacter des navigateurs, missionnés parmi les attachés de recherche clinique et techniciens d'études cliniques des COREVIH Paca-Est et de quatre COREVIH franciliens, pour organiser la prise d'un premier rendez-vous auprès d'un médecin référent pour le VIH dans un délai maximal de 48 heures. Ces navigateurs s'appuient sur un répertoire exhaustif des services spécialisés de la région et de leurs modalités de prise d'un premier rendez-vous pour une séropositivité nouvellement découverte. Le biologiste propose cette option et, si le patient l'accepte, l'offre de prise de rendez-vous. Puis le navigateur informe le patient des différents lieux possibles pour sa prise en charge, organise la première consultation selon ses préférences et s'assure du lien effectif au soin.

#### 4. Stratégie de communication

La promotion d'ALSO s'appuie sur une communication locale, continue, multi-supports, adressée de façon différenciée aux diverses composantes des populations les plus exposées et à la population générale pour lancer l'offre puis assurer un bruit de fond. La communication a été axée sur la simplicité et l'accessibilité : « Sans frais, sans ordonnance, sans rendez-vous. Faire le dépistage du VIH n'a jamais été aussi facile ». Le plan média a associé de l'affichage grand-public et une communication ciblée via les réseaux sociaux et la presse communautaire pour les populations clés. En complément, un kit de communication composé d'affiches, vitrophane et dépliants a été remis à chaque laboratoire pour une communication sur site incitant à faire un test à l'occasion d'autres examens. L'Assurance maladie des Alpes-Maritimes a diffusé directement l'information sur l'offre auprès des assurés et des médecins généralistes du département.

#### 5. Formation des biologistes

Chaque laboratoire a reçu l'ensemble des procédures spécifiques à ALSO pour l'accueil des personnes, l'orientation selon leur situation en termes de couverture maladie, âge, résultat du test, relation souhaitée ou non avec le médecin traitant, ainsi que pour l'information à afficher dans les locaux et la gestion administrative des remboursements.

Une formation au counseling assurée par le COREVIH Paca-Est a été proposée aux biologistes volontaires dans les Alpes-Maritimes. Une ligne d'appel est également disponible pour répondre aux questions des biologistes.

#### 6. Evaluation

L'expérimentation est adossée à un dispositif d'évaluation multidimensionnelle qui a fait l'objet d'un contrat d'initiation puis d'un projet de recherche accepté par l'ANRS. Il a bénéficié de financements complémentaires de Santé publique France et de l'ARS Île-de-France.

**5 études** ont été menées parallèlement pour évaluer sur une période de 18 mois d'expérimentation les différents aspects du projet : (i) **ALSO-activité** mesure le volume des dépistages ALSO et analyse le profil des usagers ; (ii) **ALSO parcours** analyse les caractéristiques et le parcours de soins des nouveaux diagnostiqués VIH+ et les ruptures de soins ; (iii) **ALSO-usagers** compare les profils des usagers ALSO à celui des usagers de tests prescrits ou effectués en CeGIDD ; (iv) **ALSO-laboratoires** évalue la perception/vision des biologistes ayant collaboré à l'expérimentation ; (v) **ALSO ECO** évalue le coût moyen du dépistage par l'offre ALSO en comparaison des autres offres (avec ordonnance, en CeGIDD, milieu associatif).

#### Principaux éléments issus de l'évaluation

En résumé :

- L'offre ALSO représente 7,2% de l'activité de dépistage VIH en LBM à l'échelle des 2 départements entre juillet 2019 et décembre 2020 soit 12 086 tests ALSO dans les Alpes-Maritimes et 32 652 à Paris.
- Par rapport au 2<sup>nd</sup> semestre 2018, ALSO a permis une **augmentation significative du dépistage** au 2<sup>nd</sup> semestre 2019 de + 16,4% chez les hommes et de + 7,1% chez les femmes à Paris et de + 11,3% chez les hommes et de + 6,5% chez les femmes dans les Alpes-Maritimes.
- Sur la période et dans les deux départements, le taux de positivité de l'offre ALSO est resté, malgré l'impact de la crise sanitaire, supérieur à celui des tests prescrits (tests ALSO : 2,4 pour mille ; tests prescrits : 2,2 pour mille). Il est en revanche inférieur à celui des tests en CeGIDD.
- L'offre ALSO bénéficie nettement plus aux hommes qu'aux femmes dans les deux départements et se différencie fortement en cela des tests sur prescription. Les jeunes de 18 à 24 ans et les personnes de 45-54 ans sont surreprésentés dans ALSO. ALSO attire ainsi une **population différente de celle qui est testée sur prescription**, en particulier des hommes hétérosexuels, des personnes exposées au VIH, multipartenaires ou ayant déjà craint une contamination et des populations plus éloignées du système de soins. **Les usagers ALSO se distinguent également de ceux des CeGIDD** qui sont plus jeunes, plus souvent nés à l'étranger, avec un niveau socio-économique plus faible (plus d'étudiants et plus de chômeurs) et une exposition au VIH plus importante que les usagers ALSO.
- ALSO est une **offre de dépistage valorisée pour sa proximité géographique** alors que les usagers des CeGIDD mettent plus fortement en avant la gratuité. La praticité (sans rendez-vous) est un atout important des deux offres. Le **test ALSO d'opportunité**, réalisé à l'occasion de la venue au laboratoire pour d'autres examens représente près d'un test ALSO sur trois.

- Les usagers ALSO se distinguent donc à la fois des usagers des CeGIDD et des personnes venant en laboratoire avec une prescription pour un dépistage du VIH. **Les différentes offres de dépistage du VIH répondent à des contextes sociaux et d'exposition différents.** Le principal atout de l'offre ALSO est d'attirer et retenir les hommes hétérosexuels, groupe plus éloigné du soin, dans lequel l'incidence du VIH est basse mais le délai médian au diagnostic de VIH est supérieur à 4 ans.
- La navigation a permis de lier au soin 30 patients sur les 31 inclus dans l'étude ALSO-Parcours. Le délai médian entre le diagnostic et le premier recours au soin était de 5 jours, comparable avec celui des patients diagnostiqués dans les offres de dépistage classique. **La navigation pour ALSO a facilité le parcours de soins et permis une mise en réseau efficace entre les professionnels de santé.**
- L'offre ALSO, parce qu'elle favorise l'autonomie de l'utilisateur, simplifie l'accès au dépistage et utilise moins de ressources en personnel, a un **coût du dépistage négatif (13€) plus faible que les autres offres.** En revanche, un dépistage positif, faisant intervenir un temps plus long de remise de résultat par le biologiste et l'intervention du médecin traitant dans un tiers des cas, entraîne un coût par dépistage positif (163€) proche des autres offres. Le **coût pour identifier une personne séropositive avec ALSO** (de l'ordre de 5 400€) est **proche de celui du dépistage associatif et plus bas que les autres offres de dépistage.** Si l'offre ALSO avait été mise en place en 2019 sur la France entière, elle aurait permis d'identifier 842 personnes séropositives pour un coût total de 4,5 M€ soit 2,6% du coût total du dispositif de dépistage en 2019.

### Les suites de l'expérimentation

La généralisation de l'expérimentation ALSO est proposée dans le cadre du PLFSS 2022 afin de permettre un accès direct au dépistage du VIH (sans prescription) dans les laboratoires de ville. Les dépistages de VIH réalisés sans ordonnance en laboratoire de ville seront pris en charge dans le cadre du droit commun par l'Assurance Maladie.

Il s'agit d'une des mesures envisagées dans le cadre de la deuxième feuille de route de déclinaison de la stratégie nationale de santé sexuelle en cours de finalisation. Cette généralisation du dépistage du VIH sans prescription en laboratoire devra être accompagnée de nouvelles pratiques :

- Les compte-rendu des examens de biologie médicale, qu'ils soient positifs ou négatifs, devront faire l'objet d'un commentaire adapté, avec pour les résultats négatifs un rappel des recommandations de dépistage en vigueur et une incitation forte à rentrer dans un parcours de suivi en santé sexuelle ;
- Le cas échéant, selon les recommandations de la HAS à venir concernant la notification formalisée aux partenaires, il conviendra que la personne présentant une IST soit informée et incitée par une communication appropriée à en informer son/sa/ses partenaire(s).

La feuille de route prévoit ainsi en 2022 :

- La mise en place d'un groupe de travail comportant notamment des biologistes, des infectiologues et des éditeurs de logiciels de biologie médicale, dont la mission sera de proposer des phrases type adaptées aux situations rencontrées en laboratoires de biologie médicale (LBM) ;
- La formation préalable des biologistes aux stratégies de prévention combinée, ainsi qu'au counseling en santé sexuelle, avec connaissance du parcours de soins et des ressources territoriales ;
- La mise à disposition des LBM d'outils de communication adaptés (flyers, spot TV, etc.) dans les salles d'attente.

Par ailleurs, un des grands enjeux de cette généralisation porte sur l'orientation du patient dont le résultat de dépistage est positif. Un système de navigation est en effet nécessaire à une offre de dépistage sans ordonnance en LBM. Elle pallie l'absence de prescripteur et rassure les biologistes sur l'accompagnement à l'annonce du dépistage et sur le lien rapide aux soins spécialisés. Elle peut avoir une dimension organisationnelle régionale ou territoriale et doit permettre d'adapter le lien au soin spécialisé selon le souhait et les besoins du patient. Dans une optique d'extension, la navigation pourrait être assurée dans le cadre des COREVIH par une ressource dédiée, devenant une mission nouvelle des COREVIH.

Enfin la feuille de route prévoit d'étendre ce dispositif de dépistage gratuit sans prescription médicale en laboratoires à l'ensemble des IST à l'horizon 2023 après une éventuelle expérimentation.

Centre national de gestion

**Arrêté du 18 décembre 2021 établissant la liste des élèves-directeurs et des élèves-directrices d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux inscrit(e)s sur la liste d'aptitude à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022**

NOR : SSAN2130531A

La directrice générale du Centre national de gestion,

Vu l'article L. 6141-1 du code de la santé publique ;

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

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ;

Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 2007-1930 du 26 décembre 2007 modifié portant statut particulier du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 2007-1939 du 26 décembre 2007 modifié relatif au classement indiciaire applicable au corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ;

Vu l'arrêté interministériel du 26 décembre 2007 modifié relatif à l'échelonnement indiciaire applicable au corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ;

Vu les résultats proclamés par le jury de fin de formation qui s'est réuni à l'École des hautes études en santé publique en séance le 17 décembre 2021,

Arrête :

Article 1<sup>er</sup>

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022, en application de l'article 5 du décret n° 2007-1930 du 26 décembre 2007 modifié susvisé, les élèves-directeurs et les élèves-directrices mentionné(e)s ci-dessous, ayant satisfait aux épreuves de fin de formation du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, sont inscrits sur la liste d'aptitude aux emplois dudit corps par ordre alphabétique :

Madame AWANDJI Williame,  
Monsieur BACHELLÉ Kévin,  
Madame BALLIGAND Lucie,  
Monsieur BENTAYEB Ahmed,  
Monsieur BONNEL Florent,  
Madame BONNET Adilia,  
Madame BOUGUET Océane,  
Madame BOUSQUET Marion,

Madame BREYSSE Lucille,  
Madame BROUARD Maurine,  
Monsieur CARET Simon,  
Madame CHABAN Aurelie,  
Madame CHABROL-SUPT Léa,  
Madame CHAFFIOT Emilie,  
Monsieur CHEVALIER Arnaud,  
Madame CLAISSE Patricia,  
Monsieur CLERET Maxime,  
Madame CLIO Christelle,  
Madame CLOEZ Marie-Amélie,  
Monsieur CONTARDO Anthony,  
Monsieur COQUELIN Sébastien,  
Monsieur COQUET Maximilien,  
Monsieur DE SOYE Louis-Marie,  
Madame DESCOS Laureline,  
Madame DUCHAMP Cindy,  
Madame DUPRESSOIR Rosalia,  
Madame EDELMAYER Anna,  
Madame EL FAHM Smahane,  
Madame ERIANA Wendy,  
Monsieur ESPOSITO Anthony,  
Monsieur FORSANS Frédéric,  
Madame FREUCHET Hélène,  
Madame GAUTIER Sarah,  
Monsieur GUIGNOLET François,  
Madame JOLY Faustine,  
Monsieur LAFONTAINE Martial,  
Madame LAMBERT Sandrine,  
Monsieur LEFAIVRE Yannick,  
Monsieur LEFEBVRE Florian,  
Monsieur LEGRAND Kévin,  
Madame MARIE-LUCE Cynthia,  
Monsieur MARTINEZ Olivier,  
Monsieur MONTANGON Aurélien,  
Madame OLIVIER Marie-Camille,  
Madame PAÏTA Julie,  
Madame PAVAGEAU Isabelle,  
Madame PERRU-MIGNOT Laurence,  
Monsieur POUVESLE Julien,  
Madame RÉBULARD Camille,  
Madame RODRIGUEZ Sarah,  
Monsieur ROLLOT Sylvain,  
Madame ROUSSEAU Nathalie,  
Madame SADOON Cloé,  
Madame SALAM Ophélie,  
Madame SCHILHANECK Kiefer,  
Madame SOITEUR Marie,  
Monsieur SPATAFORA David,  
Monsieur STURIONE Bertrand,  
Monsieur TAHRI Omar,  
Madame TESSIER Alice,

Monsieur VALLEGANT Thomas,  
Madame VIAL Mélanie,  
Madame VILMUS-HOARAU Nadège,  
Monsieur VOKSI Emin.

#### Article 2

La présente décision peut faire l'objet, dans un délai de deux mois à compter de sa notification, soit d'un recours gracieux auprès de l'administration auteure de la décision, soit d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent.

#### Article 3

Le présent arrêté sera publié au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité du ministère des solidarités et de la santé.

Fait le 18 décembre 2021.

Pour la directrice générale du Centre national  
de gestion et par délégation :  
La directrice générale adjointe,  
Christel PIERRAT

Ministère des solidarités et de la santé  
Agence régionale de santé d'Ile-de-France

**Convention de partenariat du 21 décembre 2021 pour le financement du produit  
MANO (Outil Numérique d'Accompagnement Mobile)**

NOR : SSAZ2130545X

**ENTRE**

La Direction du numérique des ministères sociaux,  
sise 39-43 quai André-Citroën, 75015 PARIS,  
représentée par Hélène BRISSET, directrice du numérique,  
ci-après dénommée « la Fabrique numérique des ministères sociaux »,

**D'une part,**

**ET**

L'Agence régionale de santé d'Ile-de-France,  
sise Immeuble « Le Curve », 13 rue du Landy, 93200 SAINT-DENIS,  
représentée par Magali GUEGAN, directrice adjointe de la santé publique,  
ci-après dénommée « ARS IDF »,

**D'autre part,**

Ensemble ci-après dénommées « les parties ».

Il a été convenu ce qui suit :

Contexte

En 2019, l'ARS IDF a réalisé un appel à « extrapreneurs » au terme duquel, et après une phase de pré-incubation, MANO (Outil Numérique d'Accompagnement Mobile) a été retenu.

Le produit MANO est un service gratuit dédié aux professionnels de maraude et de lieux d'accueil. MANO comprend une application smartphone et une interface web pour plus d'ergonomie sur ordinateur. Ce produit a pour objectif d'améliorer la prise en charge des personnes sans domicile fixe.

La phase de construction de la start-up d'Etat a été financé par l'ARS IDF. En 2021, le projet a bénéficié du soutien du Plan France Relance sur le guichet ITN2 avec un co-financement à hauteur de 50 % par l'ARS IDF.

Afin de poursuivre le déploiement de MANO, la direction de la santé publique de l'ARS IDF finance une troisième phase. Cette participation de l'ARS IDF servira de co-financement pour l'obtention d'un renouvellement du soutien du Plan France Relance sur le guichet ITN2. La proportion de financement étant fixée à 25 % pour l'ARS IDF et 75 % pour le Plan France Relance.



De son côté, la Fabrique numérique des ministères sociaux développe des produits numériques en mode startup d'Etat. C'est-à-dire que ses travaux sont menés de manière itérative et incrémentale, en plaçant au cœur les besoins des usagers (avant ceux de l'Administration) et que ses équipes sont pilotées par la finalité.

#### Article 1<sup>er</sup> Objet de la convention

La présente convention entre la Fabrique numérique des ministères sociaux et l'ARS IDF a pour objet de décrire les conditions de coopération et des actions mises en œuvre par les parties pour la poursuite du déploiement de MANO sur l'année 2022.

#### Article 2 Durée de la convention

La présente convention prend effet à la date de signature par les parties. Elle est conclue pour une période de 12 mois.

Cette convention est renouvelée tacitement après la réunion et la validation du « Board » présenté à l'article 4. Sa durée totale ne saurait excéder 48 mois.

#### Article 3 Rôles et responsabilités des parties

La Fabrique numérique des ministères sociaux s'engage à :

- Présenter un dossier de demande de refinancement au Plan France Relance sur le guichet ITN2 début janvier 2022 ;
- Apporter à l'équipe MANO le soutien nécessaire pour conduire les travaux de manière à atteindre les objectifs fixés pour cette nouvelle phase de déploiement comme définis à l'article 4 ;
- Mettre à disposition de l'ARS IDF les ressources nécessaires, y compris, le cas échéant, des opérateurs économiques sélectionnés par ses soins dans le respect des dispositions de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 et du décret n° 2016-360 du 25 mars 2016 relatifs aux marchés publics, à la mise en œuvre des produits numériques dans le délai de la présente convention ;
- Mettre en œuvre le service public numérique pour les territoires désignés par l'ARS IDF.

L'ARS IDF s'engage à :

- Assurer le suivi du projet ;
- Aider à trouver des acteurs pour déployer la solution numérique développée ;
- Garantir l'autonomie des startups ;
- Participer aux coûts de développement du produits MANO comme défini à l'article 5.

#### Article 4 Calendrier et comitologie

L'équipe projet mêle des représentants des parties. Ils se réunissent autant que de besoin. Pour la réussite du déploiement, les parties s'assurent de l'engagement de l'ensemble des parties prenantes, notamment des représentants des territoires pilotes (correspondants au sein des agences régionales de santé sélectionnées).



Les travaux répondent au fonctionnement suivant :

- Travail quotidien de l'équipe-projet ;
- Démonstration des travaux autant que de besoin ;
- Réunion projet mensuel visant à valider les orientations stratégiques, réviser la priorisation des actions, d'effectuer les arbitrages nécessaires ;
- Comité appelé « Board » visant à présenter l'avancement des travaux. Il se réunit de manière trimestrielle et compte notamment des représentants des parties (sponsors et équipe). Il valide la réalisation des travaux.

Les parties visent à l'atteinte des objectifs. Ceux-ci ont été fixés à l'atteinte de 70 structures équipées avec MANO à mi 2022 et 120 structures à fin 2022. L'ensemble des développements, et notamment le périmètre fonctionnel, aura vocation à être affiné et orienté en fonction des retours terrain.

## Article 5 Dispositions financières

### *Article 5.1 Montant et objet du financement*

Le budget prévisionnel est le suivant :

	2021
AE	150 000 €
CP	150 000 €

Il permet de recruter les profils indispensables à la création du produit, l'animation et le déploiement du dispositif. Ce budget prévisionnel pourra évoluer en fonction des besoins exprimés et des retours utilisateurs.

La contribution financière sera imputée sur les crédits du fonds d'intervention régional de l'ARS IDF.

### *Article 5.2 Modalités de financement*

L'ARS IDF émet une décision attributive de financement auprès du Secrétariat général des ministères sociaux.

Les crédits sont rétablis par une recette au comptant sur le fonds de concours 1-2-00970 « Participation de tiers au financement d'enquêtes et d'opérations de communication autour de politiques publiques sociales ou de santé ».

### *Article 5.3 Imputations budgétaires et comptables*

Pour la Fabrique numérique des ministères sociaux :

- L'ordonnateur est la directrice des systèmes d'information ;
- Le comptable assignataire est le contrôleur budgétaire et comptable ministériel ;
- Le centre financier concerné est : 0124-CDSI-APNU.

Pour l'ARS IDF:

- L'ordonnateur est la directrice générale ;
- Le comptable assignataire est l'agent comptable.

Article 6  
Modification et dénonciation de la convention

En cas de manquement contractuel de l'une des parties, la convention pourra être résiliée à la demande d'une d'entre elles, après mise en demeure restée sans réponse satisfaisante, dans un délai d'un mois.

Des modifications relatives au déroulement, à la durée et aux modalités d'exécution de la présente convention peuvent intervenir par voie d'avenant signé par les parties.

Fait le 21 décembre 2021.

Pour la Direction du numérique  
des ministères sociaux :  
La directrice du numérique,  
Hélène BRISSET

Pour l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France :  
La directrice adjointe de la santé publique,  
Magali GUEGAN



**GOVERNEMENT**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**NOTE D'INFORMATION INTERMINISTERIELLE N° DGOS/PF2/DGS/PP3/DSS/1C/2021/239** du 22 décembre 2021 relative à la mise en œuvre du recueil et de la transmission de certaines informations relatives à l'usage des produits de santé financés au titre des prestations d'hospitalisation prévus à l'article L. 165-11 du code de la sécurité sociale.

Le ministre de l'économie, des finances et de la relance

Le ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux  
des agences régionales de santé

Copie à :

Mesdames et Messieurs les directeurs  
d'établissements de santé (pour mise en œuvre)

Mesdames et Messieurs les coordinateurs des observatoires  
des médicaments des dispositifs médicaux et de l'innovation  
thérapeutique (OMÉDIT) (pour mise en œuvre)

Monsieur le directeur général de l'Union nationale des caisses  
d'assurance maladie (UNCAM) (pour mise en œuvre)

Monsieur le directeur général de la Caisse nationale  
de l'assurance maladie (CNAM) (pour mise en œuvre)

Monsieur le directeur général de la Caisse centrale de la mutualité  
sociale agricole (CCMSA) (pour mise en œuvre)

<b>Référence</b>	NOR : SSAH2136487N (numéro interne : 2021/239)
<b>Date de signature</b>	22/12/2021
<b>Emetteurs</b>	Ministère de l'économie, des finances et de la relance Ministère des solidarités et de la santé Direction générale de l'offre de soins Direction générale de la santé Direction de la sécurité sociale
<b>Objet</b>	Mise en œuvre du recueil et de la transmission de certaines informations relatives à l'usage des produits de santé financés au titre des prestations d'hospitalisation prévus à l'article L. 165-11 du code de la sécurité sociale.
<b>Contacts utiles</b>	Sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins Bureau systèmes d'information des acteurs de l'offre de soins (PF5) Bureau accès aux produits de santé et sécurité des soins (PF2) Personne chargée du dossier : Guillaume DESCOTES Mél. : <a href="mailto:guillaume.descotes@sante.gouv.fr">guillaume.descotes@sante.gouv.fr</a>

	<p>Sous-direction de la politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins Bureau des dispositifs médicaux et autres produits de santé (PP3) Personne chargée du dossier : Auréliе CHAIGNEAU Mél. : <a href="mailto:DGS-PP3@sante.gouv.fr">DGS-PP3@sante.gouv.fr</a></p> <p>Sous-direction du financement du système de soins Bureau des produits de santé (1C) Personne chargée du dossier : Ilhem CHEKROUN Mél. : <a href="mailto:ichekroun@sante.gouv.fr">ichekroun@sante.gouv.fr</a></p>
<b>Nombre de pages et annexes</b>	5 pages.
<b>Résumé</b>	En vue d'améliorer le suivi et d'analyser l'usage en vie réelle des dispositifs médicaux bénéficiant d'une prise en charge au titre de la liste « intra-GHS » mentionnée à l'article L. 165-11 du code de la sécurité sociale (CSS), la présente note détaille les modalités de recueil et de transmission de certaines informations par les établissements de santé.
<b>Mention Outre-mer</b>	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle Calédonie, et de Wallis et Futuna.
<b>Mots-clés</b>	Dispositifs médicaux ; utilisation ; établissement de santé ; suivi.
<b>Classement thématique</b>	Etablissements de santé
<b>Textes de référence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Règlement (UE) 2017/745 du parlement européen et du conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux, modifiant la directive 2001/83/CE, le règlement (CE) n° 178/2002 et le règlement (CE) n° 1223/2009 et abrogeant les directives du Conseil 90/385/CEE et 93/42/CEE ;</li> <li>- Articles L. 162-17-1-2 et L. 165-11 du code de la sécurité sociale (CSS) ;</li> <li>- Article L. 6113-7 du code de la santé publique (CSP) ;</li> <li>- Arrêté du 22 décembre 2021 subordonnant la prise en charge des produits de santé autres que les médicaments inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-11 du CSS par l'assurance maladie au recueil et à la transmission de certaines informations relatives à leur usage, en application de l'article L. 162-17-1-2 du CSS.</li> </ul>
<b>Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP du 10 décembre 2021 – N ° 84</b>	
<b>Document opposable</b>	Oui
<b>Déposée sur le site Légifrance</b>	Non
<b>Publiée au BO</b>	Oui
<b>Date d'application</b>	1 <sup>er</sup> avril 2022

Parmi les dispositifs médicaux (DM) utilisés par les établissements de santé, figurent notamment les DM inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables, pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation, mentionnée à l'article L. 162-22-7 du CSS, et les DM inscrits sur la liste « intra-GHS », mentionnée à l'article L. 165-11 du même code.

La présente note d'information précise les modalités mises en place pour assurer le suivi relatif à l'usage des DM inscrits sur la liste dite « intra-GHS ».

## **I/ Le cadre de suivi d'utilisation des DM de la liste en sus, à travers le PMSI, est étendu aux DM inscrits sur la liste « intra GHS »**

Le suivi de l'utilisation des DM est essentiel pour analyser leur usage en vie réelle et favoriser leur juste utilisation.

Dans les bases nationales (Programme de médicalisation des systèmes d'information - PMSI), un suivi de l'usage des DM en conditions réelles d'utilisation, est actuellement assuré au niveau national pour les seuls DM inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables, pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation (article L. 162-22-7 du CSS).

**A compter du 1<sup>er</sup> avril 2022 le suivi national est étendu pour les DM inscrits sur la liste « intra GHS » mentionnée à l'article L. 165-11 du CSS** (arrêté du 22 décembre 2021 subordonnant la prise en charge des produits de santé autres que les médicaments inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-11 du code de la sécurité sociale par l'assurance maladie au recueil et à la transmission de certaines informations relatives à leur usage, en application de l'article L. 162-17-1-2 du code de la sécurité sociale).

## **II/ Objectif du recueil et de la transmission d'informations relatives à l'usage des DM inscrits sur la liste « intra-GHS »**

Cette démarche s'inscrit dans un objectif de renforcement du suivi (analytique, épidémiologique et de bon usage) des DM inscrits sur la liste « intra-GHS » au travers des bases de données nationales, compte tenu des enjeux de sécurité sanitaire relatifs à ces DM.

Ces données de suivi en vie réelle permettront, le cas échéant, de documenter la pertinence de leur utilisation et de leur prise en charge.

## **III/ La liste des DM « intra-GHS » inscrits est disponible sur le site internet du ministère des solidarités et de la santé**

Le ministère des solidarités et de la santé met en ligne sur son site internet<sup>1</sup> la liste consolidée des produits de santé inscrits sur la liste dite « intra GHS ».

Cette liste, établie par catégorie homogène de dispositifs, est actualisée à l'occasion de chaque nouvelle inscription. En cas de radiation ou de non inscription d'un DM appartenant à l'une des catégories homogènes de dispositifs, il convient que les établissements de santé prennent sans délai les mesures nécessaires pour retirer du circuit les unités qui seraient encore en stock.

Pour toute information relative à cette liste, les établissements de santé sont invités à contacter le ministère des solidarités et de la santé à l'adresse : [DGS-PP3@sante.gouv.fr](mailto:DGS-PP3@sante.gouv.fr).

Les identifiants uniques propres à chaque modèle de dispositif (codes IUD-ID<sup>2</sup>) sont renseignés, à titre d'information, sur le site internet du ministère des solidarités et de la santé, dans l'attente de la disponibilité de cette information via la base de données européenne sur les dispositifs médicaux EUDAMED.

Pour toute information relative à l'identifiant unique des dispositifs (IUD<sup>3</sup>) d'un DM appartenant à l'une de ses catégories homogènes, celle-ci est à obtenir auprès du fabricant.

<sup>1</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/autres-produits-de-sante/dispositifs-medicaux/liste-intra-ghs>

<sup>2</sup> L'IUD-ID est le code unique propre à un modèle de dispositif défini à l'article 27 du règlement (UE) 2017/745 susvisé.

<sup>3</sup> L'IUD se compose de l'IUD-ID et de l'IUD-IP. L'IUD-IP est le code identifiant l'unité de production d'un dispositif.

#### **IV/ Les modalités de transmission des informations relatives à l'usage des DM inscrits sur la liste « intra-GHS »**

Dans l'objectif de préciser l'utilisation et d'améliorer le suivi des DM inscrits sur la liste « intra-GHS », plusieurs informations sont recueillies et transmises par les établissements de santé au moment de la facturation ou de la valorisation des prestations d'hospitalisation, selon les modalités détaillées ci-après. Ce recueil et cette transmission d'informations s'appliquent sans préjudice des obligations réglementaires relatives à l'enregistrement et à la conservation de l'IUD des dispositifs par les établissements de santé, en application du règlement européen 2017/745 relatif aux DM, et des règles particulières de traçabilité applicables à certains DM fixées par le code de la santé publique.

##### **IV.1/ DM inscrits sur la liste « intra-GHS »**

Les systèmes d'information permettent d'enregistrer les informations relatives à l'utilisation de ces DM, et en particulier une acquisition automatique de l'IUD. Des travaux d'adaptation des outils sont menés par les éditeurs de logiciels concernés afin de faciliter cette acquisition. Ces évolutions pourront, à terme, contribuer à une automatisation de la génération des fichiers devant être transmis à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), un fichier DATEXP est transmis par l'établissement et intègre les données d'informations suivantes : numéro FINESS (Fichier national des établissements sanitaires et sociaux) de l'établissement, numéro administratif de séjour, date d'utilisation, code IUD-ID<sup>2</sup> du DM, nombre d'unités utilisées. Le format complet du fichier est mis en ligne par l'ATIH sur son site internet selon les modalités habituelles.

Ces fichiers sont à fournir pour les établissements ex dotation globale (ex-DG) et ex objectif quantifié national (ex-OQN).

##### **IV.2/ Calendrier de mise en œuvre**

Sur une base volontaire, les établissements de santé sont invités à initier ce recueil d'information et sa transmission à l'ATIH pendant une période transitoire à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022.

La mise en œuvre de ce recueil est obligatoire à compter du 1<sup>er</sup> avril 2022.

##### **IV.3/ Modalités pratiques de mise en œuvre**

La transmission de l'ensemble des informations citées ci-dessus, relatives à un DM pris en charge au titre des prestations d'hospitalisation et inscrit sur la liste « intra-GHS », sera facilitée par l'intégration dans les systèmes d'information d'une base référentielle des DM partagée par l'ensemble des applications et actualisée au fil de l'eau.

Les observatoires du médicament, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques (OMéDIT) pourront procéder à l'accompagnement des établissements de santé dans la mise en œuvre de ce dispositif.

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

**Signé**

Katia JULIENNE

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

**Signé**

Jérôme SALOMON

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

**Signé**

Franck VON LENNEP

Ministère des solidarités et de la santé

**Arrêté du 22 décembre 2021 allouant une subvention  
à la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM)**

NOR : SSAZ2130538A

Le ministère des solidarités et de la santé,

Vu la convention de délégation de gestion du 22 janvier 2021 entre la Direction interministérielle du numérique et la Direction du numérique des ministères sociaux relative à la gestion de crédits du programme 363 « Fonds innovation et transformations numériques »,

Vu la convention de financement du 21 juillet 2021 du projet « Mettre le compte ameli (web et smartphone) aux normes d'accessibilité numérique (référentiel RGAA) » conclue entre la Direction interministérielle du numérique, la Caisse nationale de l'assurance maladie et la Direction du numérique du Ministère des solidarités et de la santé,

Arrête :

Article 1<sup>er</sup>

Il est alloué à la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) une subvention de trois cent cinq mille euros (305 000 €) pour la réalisation du projet susvisé « Mettre le compte ameli (web et smartphone) aux normes d'accessibilité numérique (référentiel RGAA) ».

Article 2

Conformément aux points 3. et 4. de la convention de financement du projet « Mettre le compte ameli (web et smartphone) aux normes d'accessibilité numérique (référentiel RGAA) », cette subvention fera l'objet d'un versement unique de trois cent cinq mille euros (305 000 €) en 2022.

Article 3

La dépense est imputée sur le programme 363 « Fonds Innovation et transformation numériques » - Unité opérationnelle « 12-363-DNUM-CSOC » - Domaine Fonctionnel (Action) : 0363-04.

Article 4

Le versement de l'Etat est effectué sur le compte de la CNAM.

Code banque : 40031

Code guichet : 00001

Numéro de compte : 0000119414X

Clé RIB : 96

IBAN : FR1740031000010000119414X96



#### Article 5

L'ordonnateur de la dépense est le ministre des solidarités et de la santé. Le comptable assignataire chargé du paiement est le contrôleur budgétaire et comptable ministériel (CBCM) auprès des ministères sociaux.

#### Article 6

La directrice du numérique est chargée de l'exécution du présent arrêté.

Fait le 22 décembre 2021.

Pour le ministre et par délégation :  
La directrice du numérique,  
Hélène BRISSET



**GOUVERNEMENT**

Liberté  
Égalité  
Fraternité

**INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DSS/SD3A/2021/260** du 22 décembre 2021 relative à la revalorisation des pensions de vieillesse, des minima sociaux et des minima de pension au 1<sup>er</sup> janvier 2022.

Le ministre de l'économie, des finances et de la relance  
La ministre du travail, de l'emploi et de l'insertion  
Le ministre des solidarités et de la santé

à

Destinataires *in fine*

<b>Référence</b>	NOR : SSAS2138659J (numéro interne : 2021/260)
<b>Date de signature</b>	22/12/2021
<b>Emetteurs</b>	Ministère de l'économie, des finances et de la relance Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion Ministère des solidarités et de la santé Direction de la sécurité sociale
<b>Objet</b>	Revalorisation des pensions de vieillesse, des minima sociaux et des minima de pension au 1 <sup>er</sup> janvier 2022.
<b>Commande</b>	Les organismes débiteurs des prestations listées doivent appliquer les revalorisations mentionnées dans la présente instruction à compter du 1 <sup>er</sup> janvier 2022.
<b>Echéance</b>	Les dispositions contenues dans cette instruction doivent être mises en œuvre au 1 <sup>er</sup> janvier 2022.
<b>Contact utile</b>	Direction de la sécurité sociale Sous-direction des retraites et des institutions de la protection sociale complémentaire Bureau 3A Personne chargée du dossier : Philippe JACOB Tél. : 01 40 56 54 98 Mél. : <a href="mailto:philippe.jacob@sante.gouv.fr">philippe.jacob@sante.gouv.fr</a>
<b>Nombre de pages et annexes</b>	4 pages
<b>Résumé</b>	Le montant des pensions de retraite de base, des minima de pension et de certains minima sociaux sont revalorisés d'un coefficient de 1,011 au 1 <sup>er</sup> janvier 2022, soit un taux de 1,1 %.
<b>Mention Outre-mer</b>	Ces dispositions s'appliquent aux collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 du code de la sécurité sociale (Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion, Saint-Barthélemy, Saint-Martin) ainsi qu'à Mayotte (ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et

	décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la Caisse de sécurité sociale de Mayotte, ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte) et à Saint-Pierre-et-Miquelon (ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales, loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon).
<b>Mots-clés</b>	Sécurité sociale, revalorisation.
<b>Classement thématique</b>	Assurance vieillesse
<b>Textes de référence</b>	Articles L. 161-23-1, L. 161-25, L. 341-5, L. 342-4, L. 351-10, L. 351-11, L. 353-1, L. 356-2, L. 815-4 et L. 816-2 du code de la sécurité sociale.
<b>Circulaire / instruction abrogée</b>	Néant
<b>Circulaire / instruction modifiée</b>	Néant
<b>Document opposable</b>	Oui
<b>Déposée sur le site Légifrance</b>	Non
<b>Publiée au BO</b>	Oui
<b>Date d'application</b>	01/01/2022

Compte tenu des dispositions conjuguées des articles L. 161-23-1 et L. 161-25 du code de la sécurité sociale, sont revalorisés au 1<sup>er</sup> janvier 2022 par application d'un coefficient de 1,011 :

- Les pensions de vieillesse de base, de droit direct ou de droit dérivé, revalorisées dans les conditions prévues par l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale et liquidées avec entrée en jouissance antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022 ;
- La majoration mentionnée à l'article L. 351-10 du code de la sécurité sociale pour son montant accordé à la liquidation ;
- Le montant minimum de la pension de réversion (article L. 353-1 du code de la sécurité sociale) ;
- Le montant minimum de la pension d'invalidité (article L. 341-5 du code de la sécurité sociale) et le montant minimum de la pension d'invalidité ou de vieillesse de veuve ou de veuf (articles L. 342-4 et L. 342-6 du code de la sécurité sociale) ;
- L'allocation de veuvage (article L. 356-2 du code de la sécurité sociale). Son plafond de ressources trimestriel est fixé à 3,75 fois le montant mensuel de l'allocation ;
- Les cotisations et salaires ayant donné lieu à un versement de cotisations jusqu'au 31 décembre 2021 servant de base au calcul des pensions de vieillesse dont l'entrée en jouissance est postérieure à cette même date (article L. 351-11 du code de la sécurité sociale) ;

- Les montants et plafonds de ressources de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (articles L. 815-4 et L. 816-2 du code de la sécurité sociale) et des prestations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse (article 5 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites).

Cette revalorisation s'applique également à toutes les prestations, cotisations, salaires et plafonds de ressources dont les modalités de revalorisation sont identiques, par renvoi des textes, à celles prévues aux articles L. 161-23-1 et L. 161-25 du code de la sécurité sociale.

Nous vous demandons de transmettre, s'il y a lieu, la présente instruction aux organismes de votre ressort débiteurs des prestations mentionnées ci-dessus.

Pour les ministres et par délégation :  
Le chef de service, adjoint au directeur  
de la sécurité sociale,

**Signé**

Laurent GALLET

Destinataires :

Monsieur le directeur de la Caisse nationale  
d'assurance vieillesse

Monsieur le directeur général de la Caisse nationale  
de l'assurance maladie

Monsieur le directeur général de la Caisse centrale  
de la mutualité sociale agricole

Monsieur le directeur des retraites et de la solidarité  
de la Caisse des dépôts et consignations (Caisse nationale  
de retraites des agents des collectivités locales [CNRACL],  
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements  
industriels de l'Etat [FSPOEIE], Institution de retraite complémentaire  
des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités  
publiques [IRCANTEC], régime de retraite des mines)

Monsieur le directeur du Service des retraites de l'Etat  
au ministère de l'économie, des finances et de la relance

Monsieur le directeur de la Caisse d'assurance vieillesse,  
invalidité et maladie des cultes

Monsieur le directeur de la Caisse nationale  
d'assurance vieillesse des professions libérales

Monsieur le directeur de la Caisse nationale  
des barreaux français

Monsieur le directeur de la Caisse de retraite et  
de prévoyance des clercs et employés de notaires

Monsieur le directeur de l'administration du personnel de la Banque  
de France (service régimes spéciaux de retraite et maladie)

Monsieur le directeur de la Caisse de prévoyance et de retraite  
du personnel de la Société nationale des chemins de fer français (SNCF)

Monsieur le directeur de la Caisse de retraites du personnel  
de la Régie autonome des transports parisiens (RATP)

Monsieur le directeur de la Caisse nationale  
des industries électriques et gazières

Madame la directrice de la Caisse de retraite  
des personnels de l'Opéra national de Paris

Monsieur le directeur de la Caisse de retraite  
des personnels de la Comédie-Française

Madame la directrice de l'Etablissement national  
des invalides de la Marine

Madame la directrice de la Caisse de prévoyance sociale  
de Saint-Pierre-et-Miquelon

Madame la directrice de la Caisse de sécurité  
sociale de Mayotte



**GOVERNEMENT**

Liberté  
Égalité  
Fraternité

**INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGS/EA2/DGT/CT2/DGOS/R5/2021/160** du  
24 décembre 2021 relative aux pathologies professionnelles et environnementales

La ministre du travail, de l'emploi et de l'insertion  
Le ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux  
des agences régionales de santé  
Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux de 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 outre-mer  
Monsieur le directeur régional et interdépartemental de l'économie,  
de l'emploi, du travail et des solidarités

Copie à :

Mesdames et Messieurs les préfets de région

<b>Référence</b>	NOR : SSAP2121947J (numéro interne : 2021/160)
<b>Date de signature</b>	24 décembre 2021
<b>Emetteur(s)</b>	Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion Direction générale du travail Ministère des solidarités et de la santé Direction générale de la santé Direction générale de l'offre de soins
<b>Objet</b>	Pathologies professionnelles et environnementales.
<b>Commande</b>	Désignation des centres régionaux de pathologies professionnelles et environnementales.
<b>Action à réaliser</b>	Organisation d'un appel à candidature.
<b>Echéance</b>	Fin du troisième trimestre 2022.
<b>Contacts utiles</b>	Direction générale de la santé Sous-direction Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation Bureau de l'environnement intérieur, des milieux de travail et des accidents de la vie courante Personne chargée du dossier : Jean-Michel THIOLET Tél : 01 40 56 46 52 Mél : <a href="mailto:jean-michel.thiolet@sante.gouv.fr">jean-michel.thiolet@sante.gouv.fr</a>

	<p>Direction générale de l'offre de soins          Sous direction de la régulation de l'offre de soins          Bureau évaluation, modèles et méthodes          Personne chargée du dossier :          Hélène DELSOL          Tél : 01 40 56 63 24          Mél : <a href="mailto:helene.delsol@sante.gouv.fr">helene.delsol@sante.gouv.fr</a></p> <p>Direction générale du travail          Sous-direction des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail          Bureau des risques chimiques, physiques et biologiques          Personne chargée du dossier :          Marianne KOSZUL          Tél : 01 45 38 27 85          Mél : <a href="mailto:marianne.koszul@travail.gouv.fr">marianne.koszul@travail.gouv.fr</a></p>
<b>Nombre de pages et annexes</b>	<p>5 pages + 2 annexes de 4 pages          Annexe 1 – Organisation du processus de sélection et de choix des candidats à la fonction de centre régional de pathologies professionnelles et environnementales (CRPPE)          Annexe 2 – Règlement des appels à projets de constitution de centres régionaux de pathologies professionnelles et environnementales</p>
<b>Résumé</b>	<p>La présente instruction a pour objet de faciliter la collaboration en région des services et établissements chargés de la santé publique et de la santé au travail, en particulier par la mise en œuvre et le suivi dans chaque région d'un centre régional de pathologies professionnelles et environnementales.</p>
<b>Mention Outre-mer</b>	<p>Ces dispositions s'appliquent aux régions ultramarines.</p>
<b>Mots-clés</b>	<p>Centre régional de pathologies professionnelles et environnementales, pathologie environnementale, pathologie professionnelle, santé au travail.</p>
<b>Classement thématique</b>	<p>Santé publique</p>
<b>Textes de référence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Code de la santé publique, notamment ses articles R. 1339-1 à R. 1339-4 ;</li> <li>• Décret n° 2019-1233 du 26 novembre 2019 relatif aux centres régionaux de pathologies professionnelles et environnementales ;</li> <li>• Arrêté du 16 février 2021 relatif aux centres régionaux de pathologies professionnelles et environnementales ;</li> <li>• Circulaire N° DGOS/R1/2021/87 du 21 avril 2021 relative à la première campagne tarifaire et budgétaire 2021 des établissements de santé.</li> </ul>
<b>Circulaire / instruction abrogée</b>	<p>Néant</p>
<b>Circulaire / instruction modifiée</b>	<p>Néant</p>
<b>Validée par le CNP le 9 juillet 2021 - Visa CNP 2021-90</b>	
<b>Document opposable</b>	<p>Non</p>
<b>Déposée sur le site Légifrance</b>	<p>Non</p>
<b>Publiée au BO</b>	<p>Oui</p>
<b>Date d'application</b>	<p>Immédiate</p>

## **1 – Le contexte de la création des Centres régionaux de pathologies professionnelles et environnementales (CRPPE) à partir des centres de ressources sur les pathologies professionnelles**

Les centres de ressources sur les pathologies professionnelles, implantés dans certains établissements de santé, assurent des activités cliniques de consultation de recours pour les pathologies professionnelles et sont terrains de stage pour les internes en formation dans la spécialité médecine du travail et pour les médecins en reconversion (médecins collaborateurs selon l'article L. 4623-1 du code du travail) vers cette spécialité. Certains effectuent aussi des consultations en santé environnementale. Ils sont aujourd'hui financés à hauteur de 70% par une MIG (mission d'intérêt général). Des conventions avec les caisses d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT) et l'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) assurent le financement de missions relevant de leur champ.

Ces structures n'étaient jusqu'à présent pas mentionnées dans le code de la santé publique et n'étaient définies que par le « Guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général » (MIG) hospitalières. Elles concourent à la veille sanitaire en contribuant au Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) piloté par l'ANSES. Elles concourent également à l'expertise dans le processus de réponses aux sollicitations et alertes locales en santé-environnement ou santé-travail, sous la coordination de Santé publique France (SpF).

Une fragilité liée à un contexte démographique défavorable en médecins du travail, l'absence d'assise réglementaire et des disparités régionales importantes, entre autres l'absence jusqu'en 2017 de tout dispositif dans les régions ultramarines, ont conduit à rechercher une stabilisation du service public offert.

La prise en charge de patients consultant pour des manifestations cliniques en lien avec l'environnement doit en outre faire l'objet d'une systématisation.

Cet objectif est recherché aussi bien dans le cadre des plans santé environnement, santé travail (notamment de l'objectif opérationnel 6 du plan santé au travail 3 2016-2020 : « agir en transversalité pour promouvoir un environnement de travail favorable à la santé ») que dans le cadre du plan national de santé publique : « Conforter l'intervention des centres régionaux de pathologies professionnelles et environnementales (CRPPE) dans le parcours de soins et la prévention. Ces centres continueront à assurer, dans un cadre sécurisé, des missions d'expertise, de formation et de consultation en santé au travail et auront aussi vocation à prendre en charge des personnes atteintes de pathologies en lien suspecté ou avéré avec l'environnement. » Leur rôle sera conforté dans le cadre des orientations du plan santé au travail 4, notamment dans l'objectif de rapprocher les acteurs de la santé publique, santé environnement et de santé au travail dans les territoires et de détecter les risques émergents.

C'est à ce titre que le décret n° 2019-1233 du 26 novembre 2019 a créé dans le code de la santé publique un chapitre « centres régionaux de pathologies professionnelles et environnementales » (articles R. 1339-1 à R. 1339-4 du code de la santé publique).

## **2- Le dispositif des CRPPE**

La structuration du dispositif repose sur l'identification d'un centre par région, dénommé Centre régional de pathologies professionnelles et environnementales, implanté dans un CHU mais pouvant avoir plusieurs unités dans d'autres établissements de santé de la région. Le dispositif sera ainsi constitué à terme de 18 centres (13 en métropole et 5 dans les régions ultramarines). La désignation des centres repose sur un appel d'offre régional sur le fondement d'un cahier des charges national. Cette modalité est un élément structurant favorable à la coopération des actuels centres entre eux tout en permettant le maintien d'une offre de proximité. En l'absence de ressources régionales, un dispositif conventionnel entre ARS permet de proposer une offre sur le territoire de chaque région, une montée en charge du dispositif étant prévue à terme.



Le pilotage régional associera les ARS et les DREETS, donnant corps aux rapprochements des administrations santé au travail / santé publique en région, favorisant l'adéquation moyens-besoins et l'amorce de rapprochements des problématiques de santé au travail et de santé publique. Au niveau national, le pilotage du dispositif associera les administrations centrales concernées (DGS, DGOS, DSS, DGT dont l'inspection médicale du travail notamment) ainsi que l'Anses et SpF.

### **3 – La désignation des CRPPE**

Pour désigner ces CRPPE, vous organiserez un appel à candidatures selon les modalités définies à l'annexe 2. Vous procéderez au recueil et à l'analyse des candidatures. Vous procéderez à la désignation finale au plus tard avant la fin du troisième trimestre 2022.

La procédure se rapproche de celle utilisée pour les centres de prévention des infections associées aux soins (articles R.1413-83 et suivants du code de la santé publique).

Dans un premier temps, le financement par MIG sera établi selon les modalités en vigueur pour les actuels centres.

Pour les régions ne disposant actuellement pas de centre, l'évaluation des ressources nécessaires peut reposer sur la base des ressources humaines des centres existants soit 2,06 ETP pour 1 000 000 habitants (INSEE 2021) non compris les étudiants (étudiants en médecine et internes notamment qui ne relèvent pas de la MIG CRPPE). Ce total comprend 0,79 ETP de médecin du travail, 0,53 ETP de secrétaire.

Dans les régions non pourvues en personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires, spécialiste en médecine du travail, le projet sera porté par un responsable qui peut être affecté à une université ou un centre hospitalo-universitaire d'une autre région. Si ce responsable relève du CRPPE d'une autre région, sa contribution rentrera dans l'accord de mutualisation prévu à l'article R. 1339-2. Par ailleurs, dans la mesure où un établissement, autre que celui dans lequel le CRPPE dont il est question est implanté, fait partie du CRPPE, il conviendra d'établir une convention entre les établissements de santé concernés conformément aux dispositions de l'article R. 1339-3.

La gestion de la MIG CRPPE est centralisée. L'attribution des MIG est fléchée, par la DGOS, sur chacun des établissements de santé concernés, et versée par l'ARS.

Lorsqu'une région n'avait pas de CRPPE, ou lorsqu'une région doit conforter son CRPPE pour répondre aux obligations fixées par la réglementation, dès lors que le directeur général de l'ARS a retenu un projet, il rend compte au directeur général de la santé (bureau EA2) du besoin en financement en se conformant aux indications portées ci-dessus, avant de procéder à la désignation du CRPPE.

### **4 – Fonctionnement des CRPPE**

- Participation au réseau RNV3P et au processus de réponses aux sollicitations et alertes locales en santé travail

Les CRPPE sont membres du réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) piloté par l'Anses. A ce titre, ils saisissent les données des consultations dans la base commune du RNV3P. Ils apportent leur concours pour répondre aux sollicitations et alertes locales en santé travail ou santé environnement lors des processus de réponses coordonnés par Santé publique France. Les centres ne font pas partie du réseau régional de vigilance et d'appui (RREVA).

- Sollicitations supplémentaires par des partenaires

L'article R. 1339-4 dispose que l'Anses et SpF « peuvent faire appel aux [CRPPE] pour concourir à leurs missions prévues respectivement aux articles R. 1313-1 et R. 1413-1 ». Il ressort des travaux de rédaction de cet article au Conseil d'Etat que si les agences peuvent « faire appel » aux CRPPE, les CRPPE ne sont pas tenus de répondre favorablement à cet appel. En effet, il convient de veiller à la continuité des missions quotidiennes des CRPPE et d'évaluer la mobilisation de moyens que des demandes peuvent requérir, vu le caractère limité de leurs ressources, et qui doivent être compensés.

Il convient que les responsables des CRPPE soient vigilants face à toutes les sollicitations supplémentaires, quel que soit le partenaire qui les sollicite.

- Rapports

Conformément aux dispositions de l'article R. 1339-3 du CSP et au paragraphe 1.4 du cahier des charges défini par l'arrêté visé ci-dessus, le responsable de chaque centre remet au DG ARS et au DREETS, chaque année, un rapport de synthèse des activités du CRPPE, avec l'ensemble de ses unités. Ce rapport est remis au plus tard en milieu d'année suivant l'année sur laquelle il porte. Il est établi sur la base des données de chaque unité du centre déposées sur la plate-forme PIRAMIG selon les modalités communiquées chaque année aux établissements de santé et aux ARS par la DGOS.

La DGS, à partir des rapports déposés sur PIRAMIG, se charge de l'envoi de rapports aux ministres chargés du travail et de l'environnement, conformément aux dispositions de l'article R. 1339-3.

- Programme annuel de travail

Les services de l'ARS et ceux de la DREETS organisent au moins une fois l'an une réunion commune avec le CRPPE désigné, pour définir un programme annuel de travail.

Par ailleurs, la DGS organise chaque année une réunion de coordination avec l'ensemble des unités des CRPPE à laquelle services et agences déconcentrés, établissements nationaux (CNAM, Anses, SpF...) et directions d'administration centrale intéressés sont conviés.

Vous voudrez bien nous faire part, sous le présent timbre, des éventuelles difficultés rencontrées pour la mise en œuvre de la présente instruction.

Pour la ministre et par délégation :  
Le directeur général du travail,



Pierre RAMAIN

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



Pr. Jérôme SALOMON

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



Katia JULIENNE

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



Etienne CHAMPION

## Annexe 1

### **Organisation du processus de sélection et de choix des candidats à la fonction de centre régional de pathologies professionnelles et environnementales (CRPPE)**

Un CRPPE est implanté dans un établissement de santé de la région, qui le représente (à défaut pour lui d'avoir la personnalité morale). C'est l'établissement de santé qui sera seul désigné par le Directeur général de l'ARS si le projet est retenu, y compris lorsque le responsable du centre appartient à un autre établissement de santé (cas du responsable exerçant dans une autre région que celle du CRPPE). Il peut être hébergé dans un ou plusieurs établissements de santé d'une même région, constituant ainsi plusieurs unités ou sites locaux. Une mutualisation de compétences entre CRPPE est possible. Toute mutualisation est formalisée par conventions entre les agences régionales de santé et les établissements de santé dans lesquels les CRPPE sont implantés.

L'établissement d'implantation pressenti, et en particulier le responsable pressenti, porte le projet. C'est l'établissement d'implantation qui est désigné par le directeur général de l'ARS, qui est engagé, et qui s'assure de l'implication des établissements de santé partenaires pour l'hébergement des sites locaux.

Le décret du 26 novembre 2019 relatif aux CRPPE prévoit la désignation des centres après appel à candidature auprès des établissements de santé de la région sur le fondement du cahier des charges national diffusé par arrêté du 16 février 2021.

#### **Contenu de l'appel à candidature :**

L'appel à candidature reposera sur le règlement des appels à projets de constitution de CRPPE proposé en annexe 2 qui détaille notamment les modalités de l'appel à candidature et le contenu du dossier.

Le comité de sélection mis en place par le directeur général de l'agence régionale de santé devrait comprendre, outre des agents de l'agence régionale de santé, au moins un professionnel de santé spécialiste en médecine du travail issu d'un service de santé au travail inter-entreprises, le médecin inspecteur régional du travail, le médecin conseil régional visé à l'article R. 315-3 du code de la sécurité sociale, ainsi qu'un représentant du DREETS. Il y a tout intérêt à ce que chaque organisme appelé à contribuer au fonctionnement du CRPPE soit convié à ce comité (CARSAT...). Les membres de ce comité fournissent une déclaration d'intérêt.

#### **Eléments de calendrier :**

L'appel à candidature doit permettre de désigner les établissements porteurs des CRPPE et de nommer les responsables des CRPPE avant la fin du troisième trimestre 2022 pour une durée de cinq ans renouvelable.

Compte tenu de ces éléments, l'appel à candidature devrait être publié au plus tard le 1<sup>er</sup> mars 2022 et la date limite de réception des dossiers être fixée au plus tard le 1<sup>er</sup> juin 2022.

## Annexe 2

**Règlement des appels à projets de constitution de centres régionaux de pathologies professionnelles et environnementales**

APPEL A CANDIDATURE POUR LE CENTRE REGIONAL DE PATHOLOGIES PROFESSIONNELLES ET ENVIRONNEMENTALES [NOM REGION]  
MANDATURE 2022-2027

DATE ET HEURE LIMITE DE REMISE DU DOSSIER :

Mardi JJ mois AA - 17H00

**1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES**

Le présent règlement de l'appel à candidature, l'arrêté du 16 février 2021 fixant le cahier des charges, et l'indication du montant maximum de dépenses annuelles acceptable pour la région [...] pour un projet de centre régional de pathologies professionnelles et environnementales (CRPPE) sont disponibles sur le site internet du ministère chargé de la santé.

La candidature est rédigée en français et tous les montants financiers sont exprimés en euros (€).

Les candidats proposeront une organisation, un programme de travail, et un budget permettant de répondre aux exigences du cahier des charges publié par arrêté du 16 février 2021, pour la région de laquelle il s'agit.

Les candidats utiliseront le dossier de candidature type ci-dessous récapitulant l'ensemble des éléments à verser à l'appui d'une candidature, y compris les documents financiers dans le respect du calendrier indiqué par l'ARS conformément au point 5.1 ci-dessous.

Dans le cas d'une candidature commune associant plusieurs établissements de santé, un seul dossier de candidature sera renseigné. Il sera complété par chaque établissement de santé hébergeant le CRPPE mais sera déposé par l'établissement de santé d'implantation du CRPPE.

**2. CONTENU DU DOSSIER DE CANDIDATURE**

Le dossier de candidature est composé de deux volets distincts :

Un dossier technique composé de :

- la réponse au cahier des charges ;
- une proposition de programme quinquennal d'activités qui s'appuiera notamment sur les plans santé travail national et régional et les spécificités régionales de l'épidémiologie des pathologies professionnelles et environnementales ;
- une déclaration publique d'intérêt du responsable pressenti du CRPPE.

Un volet administratif et financier comprenant :

- la présentation du responsable du projet et de ses principaux collaborateurs,
- une présentation des effectifs prévisionnels et de la façon dont ils permettront de répondre aux besoins de la région ;
- l'engagement des directeurs des établissements de santé d'implantation et d'hébergement ;
- un état des dépenses globales prévisionnelles.

Le fait de postuler à cet appel à candidature engage les candidats au respect des dispositions des articles L. 1451-1 à L. 1452-3 du Code de la santé publique.

### 3. DISPOSITIONS FINANCIÈRES DU DOSSIER DE CANDIDATURE

#### 3.1 Les principes de financement

Le modèle retenu pour la mandature 2022 - 2027 repose sur un financement alloué à chaque établissement de santé hébergeant un CRPPE par le biais de crédit MIG sur la base de la modélisation ayant permis la ventilation de crédits régionaux.

Chaque centre fait état des autres ressources prévisibles issues notamment de conventions avec l'Anses et les CARSAT.

#### 3.2 Les dépenses éligibles

Dans le cadre du financement d'un CRPPE, les dépenses éligibles comprennent exclusivement les dépenses liées aux :

- personnels concourant à la réalisation de l'activité du CRPPE : responsable du CRPPE, professionnels de santé, professionnels paramédicaux, secrétaires, etc. ;
- frais de fonctionnement dans la limite de 15% des coûts éligibles (destinés à couvrir une partie des coûts indirects).

Sont entendus par coûts indirects : les coûts qui ne sont pas directement identifiables en tant que coûts spécifiques directement liés à la réalisation de l'action (c'est-à-dire ne pouvant pas lui être imputables directement), mais qui peuvent être identifiés et justifiés comme ayant été encourus dans le cadre de l'action.

Il peut s'agir de frais de locaux, dotation aux amortissements, frais postaux, fournitures de bureau, entretien et réparation, maintenance...etc.

### 4. REMISE DES CANDIDATURES

#### 4.1 Documents à remettre impérativement

Chaque candidat transmettra les pièces constitutives du dossier de candidature complétées, datées et signées par la personne habilitée à engager la responsabilité de la structure assurant la gestion du CRPPE et/ou par une personne habilitée à engager l'établissement de santé d'implantation.

#### 4.2 Conditions d'envoi ou de remise des candidatures

Le dossier de candidature en 5 exemplaires papier (dont 1 original) + 1 version sur support informatique (clé USB ou CD) devra être remis obligatoirement au plus tard le :

JJ année AAAA à 17h00

Il pourra être transmis :

- Soit par la poste sous pli cacheté et recommandé avec A/R ou équivalent à :

Directeur général de l'ARS [region]  
Adresse – Contact

- Soit remis directement, contre récépissé, à l'accueil de l'agence régionale de santé à l'adresse ci-dessus mentionnée.

Aucun document ni support remis avec le dossier de candidature ne sera restitué.

#### 4.3 Validité des candidatures

Les candidatures sont réputées valables jusqu'au JJ mois AAAA.

#### 4.4 Demande d'informations complémentaires

Les candidats peuvent interroger l'ARS pour avoir des renseignements complémentaires. L'agence régionale de santé se réserve le droit de demander à un candidat de préciser ou compléter des éléments constitutifs de sa candidature. Le candidat disposera d'un délai de 10 jours pour compléter son dossier dans la limite du calendrier prévisionnel.

### 5. PROCEDURE ET MODALITES DE DESIGNATION

#### 5.1 Calendrier prévisionnel

La procédure de sélection des projets sera réalisée selon le calendrier prévisionnel suivant

Publication de l'appel à candidatures	JJ mois AAAA
Remise des dossiers de candidatures	JJ mois AAAA + 4 mois
Réponse aux candidats	JJ mois AAAA + 2 mois

#### 5.2 Critères de sélection des candidatures

Les dossiers des candidats seront évalués par un comité de sélection comprenant des personnalités qualifiées, des personnels de l'agence régionale de santé désignés et de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi désignés par leurs directeurs respectifs.

Les candidatures seront appréciées au regard de la qualité de la réponse aux exigences posées dans le cahier des charges et de l'adéquation de l'état des dépenses prévisionnel par le candidat et le budget prévisionnel établi par les autorités sanitaires.

#### 5.3 Désignation du CRPPE

Le directeur général de l'agence régionale de santé désignera par arrêté pour 5 ans l'établissement de santé et le projet qu'il porte qui est retenu. Il nommera son responsable.

Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion  
Ministère des solidarités et de la santé

**Arrêté du 29 décembre 2021 portant ouverture des concours d'entrée à l'École nationale supérieure de sécurité sociale en 2022 (62<sup>ème</sup> promotion)**

NOR : MTRS2130549A

La ministre du travail, de l'emploi et de l'insertion et le ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la sécurité sociale et notamment l'article R. 123-28 ;

Vu l'arrêté du 15 octobre 2019 modifié par l'arrêté du 29 décembre 2021 relatif à l'organisation des concours, aux modalités d'inscription, à la nature et l'organisation des épreuves, au contenu des programmes, à la composition et à l'organisation des jurys et aux règles de discipline des concours d'entrée à l'École nationale supérieure de sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 19 août 2021 fixant le nombre de places offertes aux concours d'entrée à l'École nationale supérieure de sécurité sociale en 2022 (62<sup>ème</sup> promotion) ;

Vu l'avis du conseil d'administration de l'École nationale supérieure de sécurité sociale en date du 23 novembre 2021,

Arrêtent :

Article 1<sup>er</sup>

Trois concours d'entrée à l'École nationale supérieure de sécurité sociale sont ouverts en 2022 aux candidats remplissant les conditions définies à l'article R. 123-28 du code de la sécurité sociale.

Article 2

Les inscriptions auront lieu du lundi 17 janvier au jeudi 31 mars 2022 à 16 heures.

Les épreuves d'admissibilité auront lieu du mardi 7 au jeudi 9 juin 2022 dans les centres suivants : Bordeaux, Cayenne, Fort-de-France, Lille, Lyon, Mamoudzou, Marseille, Nancy, Paris, Pointe-à-Pitre, Rennes, Saint-Denis de la Réunion, Strasbourg et Toulouse.

Les épreuves orales d'admission auront lieu du lundi 19 septembre 2022 jusqu'au vendredi 14 octobre 2022 au plus tard, à Saint-Etienne.

Article 3

La demande d'admission à concourir s'effectue obligatoirement par voie électronique sur le site internet de l'École nationale supérieure de sécurité sociale : [www.en3s.fr](http://www.en3s.fr) avant le jeudi 31 mars 2022 à 16 heures.

À l'appui de sa demande d'inscription, chaque candidat dépose sur le site internet de l'école, au format numérique, les pièces justificatives prévues à l'article 2 de l'arrêté du 15 octobre 2019 modifié susvisé pour cette même échéance.

Les candidats qui ne seraient pas en mesure de justifier, à la date de clôture des inscriptions, de la possession de l'une des pièces exigées pour se présenter au concours disposent, pour faire parvenir la pièce manquante à leur dossier, d'un délai supplémentaire expirant le vendredi 22 avril 2022 à 16 heures.

Passée cette date, seuls les candidats externes, en attente des résultats d'obtention d'un diplôme en cours, disposent d'un délai supplémentaire pour fournir le justificatif dudit diplôme, la date limite de transmission au service concours de l'École nationale étant fixée au vendredi 3 juin 2022 à 16 heures.

Toute demande incomplète ou non conforme aux exigences définies ci-dessus, rend irrecevable la candidature.

#### Article 4

Les candidats en situation de handicap peuvent, dans les conditions prévues par l'article 2 du décret n° 2020-523 du 4 mai 2020 relatif à la portabilité des équipements contribuant à l'adaptation du poste de travail et aux dérogations aux règles normales des concours, des procédures de recrutement et des examens en faveur des agents publics et des candidats en situation de handicap, bénéficier de dérogations aux règles normales de déroulement des concours afin, notamment, d'adapter la durée et le fractionnement des épreuves à leur situation ou de leur apporter les aides humaines et techniques ou les aménagements nécessaires précisés par eux préalablement au déroulement des épreuves. Les personnes qui souhaitent bénéficier de ces aménagements doivent impérativement signaler leur handicap au moment de l'inscription.

Un certificat délivré par un médecin agréé de l'administration précisant les aménagements d'épreuves nécessaires, dont le modèle est téléchargeable sur le site [www.en3s.fr](http://www.en3s.fr), doit être fourni par voie électronique par le candidat dans les plus brefs délais et au plus tard le vendredi 6 mai 2022. La liste des médecins agréés est établie dans chaque département et disponible auprès de la préfecture ou sur le site internet de chaque agence régionale de santé, accessible à partir du portail des agences régionales de santé, à la rubrique « Votre agence régionale de santé » : <https://www.ars.sante.fr>.

#### Article 5

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 29 décembre 2021.

Pour les ministres et par délégation :  
Pour le directeur de la sécurité sociale :  
La cheffe de service, adjointe au  
directeur de la sécurité sociale,  
Marianne KERMOAL-BERTHOMÉ



Caisse nationale de l'assurance maladie

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

NOR : SSAX2130521X

Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins,  
Direction déléguée des systèmes d'information,  
Direction de la stratégie, des études et des statistiques,  
Direction de l'information et de la communication,  
Secrétariat général,  
Direction régionale du service médical de Bretagne,  
Direction régionale du service médical de Guyane.

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

DIRECTION DÉLÉGUÉE A LA GESTION ET A L'ORGANISATION DES SOINS  
(DDGOS)  
DIRECTION DES ASSURÉS (DAS)  
DÉPARTEMENT DE L'ACCOMPAGNEMENT EN SANTÉ DES ASSURÉS (DASA)

**M. Thibaut L'HERMITE**  
Décision du 5 novembre 2021

La délégation de signature accordée à M. Thibaut L'HERMITE par décision du 17 août 2020 est abrogée au 31 octobre 2021 au soir.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.  
Signé : P/Thomas FATÔME, directeur général  
Aurélie LE SUEUR, secrétaire générale.

DIRECTION DE L'OFFRE DE SOINS (DOS)  
DÉPARTEMENT DES ACTES MÉDICAUX (DACT)

**M. Jocelyn COURTOIS**  
Décision du 1<sup>er</sup> décembre 2021

La délégation de signature accordée à M. Jocelyn COURTOIS par décision du 17 août 2020 est abrogée au 30 novembre 2021 au soir.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.  
Signé : P/Thomas FATÔME, directeur général  
Aurélie LE SUEUR, secrétaire générale.

DIRECTION DÉLÉGUÉE DES SYSTÈMES D'INFORMATION (DDSI)  
DIRECTION DE LA STRATÉGIE DES RESSOURCES ET DES MOYENS (DSRM)  
DÉPARTEMENT DES ACHATS DE TÉLÉCOMMUNICATIONS, D'INFORMATIQUE  
ET D'ÉDITIQUE (DATIE)

**Mme Laurence DIEBOLD**  
Décision du 1<sup>er</sup> décembre 2021

Délégation de signature est accordée à Mme Laurence DIEBOLD, DDSI/DSRM/DATIE, pour signer les ordres de dépenses, titres de recettes et ordres de reversement, les pièces justificatives correspondantes, ainsi que toutes pièces comptables imputables sur le budget de l'Établissement Public de la CNAM.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Signé : P/Thomas FATÔME, directeur général  
Aurélie LE SUEUR, secrétaire générale.

**Mme Sabrina CHIROL**  
Décision du 1<sup>er</sup> décembre 2021

En cas d'absence ou d'empêchement de Mme Laurence DIEBOLD, délégation de signature est accordée à Mme CHIROL Sabrina, DDSI/DSRM/DATIE, pour signer les ordres de dépenses, titres de recettes et ordres de reversement, les pièces justificatives correspondantes, ainsi que toutes pièces comptables imputables sur le budget de l'Établissement Public de la CNAM.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Signé : P/Thomas FATÔME, directeur général  
Aurélie LE SUEUR, secrétaire générale.

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

**M. Claude GISSOT**  
Décision du 1<sup>er</sup> décembre 2021

La délégation de signature accordée à M. Claude GISSOT par décision du 17 août 2020 est abrogée au 1<sup>er</sup> décembre 2021 au soir.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Signé : P/Thomas FATÔME, directeur général  
Aurélie LE SUEUR, secrétaire générale.

DIRECTION DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION (DICOM)  
MISSION RELATIONS AVEC LA PRESSE (MRP)

**Mme Caroline REYNAUD**  
Décision du 1<sup>er</sup> novembre 2021

La délégation de signature accordée à Mme Caroline REYNAUD par décision du 17 août 2020 est abrogée.

Délégation de signature est accordée à Mme Caroline REYNAUD, responsable de la Mission relations avec la presse de la direction de l'information et de la communication, pour signer :

- la correspondance courante de la Mission relations avec la presse,
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la mission concernée.

En matière de commande publique et dans le cadre des opérations intéressant la Mission relations avec la presse, délégation de signature est accordée à Mme Caroline REYNAUD, pour signer :

- les bons de commande d'un montant unitaire inférieur ou égal à 46 000 € HT.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Signé : P/Thomas FATÔME, directeur général  
Aurélié LE SUEUR, secrétaire générale.

DÉPARTEMENT CAMPAGNES ET COMMUNICATION RELATIONNELLE (DCCR)

**M. Stéphane FOUQUET**  
Décision du 1<sup>er</sup> novembre 2021

La délégation de signature accordée à M. Stéphane FOUQUET par décision du 17 août 2020 est abrogée.

Délégation de signature est accordée à M. Stéphane FOUQUET, responsable du Département campagnes et communication relationnelle de la direction de l'information et de la communication, pour signer :

- la correspondance courante du Département campagnes et communication relationnelle,
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par le département concerné.

En matière de commande publique et dans le cadre des opérations intéressant le Département campagnes et communication relationnelle, délégation de signature est accordée à M. Stéphane FOUQUET, pour signer :

- les bons de commande d'un montant unitaire inférieur ou égal à 200 000 € TTC.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Signé : P/Thomas FATÔME, directeur général  
Aurélié LE SUEUR, secrétaire générale.

## DÉPARTEMENT INFORMATION ET PUBLICATIONS (DIP)

**Mme Céline GARGOLY**  
Décision du 1<sup>er</sup> novembre 2021

La délégation de signature accordée à Mme Céline GARGOLY par décision du 17 août 2020 est abrogée.

Délégation de signature est accordée à Mme Céline GARGOLY, responsable du Département information et publications de la direction de l'information et de la communication, pour signer :

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

En matière de commande publique et dans le cadre des opérations intéressant le Département information et publications, délégation de signature est accordée à Mme Céline GARGOLY, pour signer :

- les bons de commande d'un montant unitaire inférieur ou égal à 46 000 € HT.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Signé : P/Thomas FATÔME, directeur général  
Aurélie LE SUEUR, secrétaire générale.

## DÉPARTEMENT INTERNET ET MÉDIAS SOCIAUX (DIMS)

**Mme Christine LEROY**  
Décision du 1<sup>er</sup> novembre 2021

La délégation de signature accordée à Mme Christine LEROY par décision du 17 août 2020 est abrogée.

Délégation de signature est accordée à Mme Christine LEROY, responsable du Département internet et médias sociaux de la direction de l'information et de la communication, pour signer :

- la correspondance courante du Département internet et médias sociaux,
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par le département concerné.

En matière de commande publique et dans le cadre des opérations intéressant le Département internet et médias sociaux, délégation de signature est accordée à Mme Christine LEROY, pour signer :

- les bons de commande d'un montant unitaire inférieur ou égal à 46 000 € HT.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Signé : P/Thomas FATÔME, directeur général  
Aurélie LE SUEUR, secrétaire générale.

DÉPARTEMENT ANIMATION DU RÉSEAU ET COMMUNICATION INTERNE  
(DARCI)

**M. Stéphane LEFAIX**  
Décision du 1<sup>er</sup> novembre 2021

La délégation de signature accordée à M. Stéphane LEFAIX par décision du 17 août 2020 est abrogée.

Délégation de signature est accordée à M. Stéphane LEFAIX, responsable du Département animation du réseau et communication interne de la direction de l'information et de la communication, pour signer :

- la correspondance courante du Département animation du réseau et communication interne,
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par le département concerné.

En matière de commande publique et dans le cadre des opérations intéressant le Département animation du réseau et communication interne, délégation de signature est accordée à M. Stéphane LEFAIX, pour signer :

- les bons de commande d'un montant unitaire inférieur ou égal à 46 000 € HT.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Signé : P/Thomas FATÔME, directeur général  
Aurélie LE SUEUR, secrétaire générale.

SECRETARIAT GÉNÉRAL (SG)  
DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT PUBLIC  
(DRHEP)  
DÉPARTEMENT DE LA GESTION DU PERSONNEL (DGP)  
DIVISION DES TEMPS ET DES RÉMUNÉRATIONS (DTR)

**Mme Aurélie BLANCHARD**  
Décision du 1<sup>er</sup> décembre 2021

La délégation de signature accordée à Mme Aurélie BLANCHARD par décision du 17 août 2020 est abrogée.

Délégation de signature est accordée à Mme Aurélie BLANCHARD, coordonnatrice technique de la Division des temps et des rémunérations, SG/DRHEP/DGP, pour signer :

- les pièces comptables émises par la Division des temps et des rémunérations imputables sur le budget de l'Etablissement public de la Caisse nationale de l'assurance maladie, d'un montant inférieur à 1 000 000 € (UN MILLION D'EUROS),
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la division,
- les notifications de créances aux agents d'un montant allant jusqu'à 1 000 € (MILLE EUROS),
- l'ensemble des documents émis par la division dans le cadre de son champ d'intervention,
- tout document élaboré dans le cadre du départ d'un agent, quel qu'en soit le motif.

En cas d'absence ou d'empêchement de la responsable de la Division des temps et des rémunérations, SG/DRHEP/DGP, délégation de signature est accordée à Mme Aurélie BLANCHARD pour signer :

- la correspondance courante de la division,
- les pièces comptables imputables sur le budget de l'Etablissement public de la Caisse nationale de l'assurance maladie émises par la division,
- les notifications de créances aux agents d'un montant allant jusqu'à 10 000 € (DIX-MILLE EUROS),
- les déclarations sociales et fiscales résultant de la paie du personnel.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Signé : P/Thomas FATÔME, directeur général  
Aurélie LE SUEUR, secrétaire générale.

DIVISION DES TEMPS ET DES OPÉRATIONS CONTRACTUELLES (DOC)

Mme **Solenn LAMPERIN** (*par intérim*)

Décision du 1<sup>er</sup> décembre 2021

Durant la vacance du poste de la responsable de la Division des opérations contractuelles, SG/DRHEP/DGP, délégation de signature est accordée à Mme Solenn LAMPERIN, Chargée de mission, chargée d'assurer l'intérim de ce poste, pour signer :

- la correspondance courante de sa division,
- les contrats à durée déterminée et indéterminée de toute nature et leurs avenants ainsi que les décisions de recrutement et notifications d'affectation des agents de la grille des employés et cadres jusqu'au niveau VIII inclus des informaticiens, à l'exception des ingénieurs conseils,
- les conventions de stage et les décisions liées à leur rémunération,
- les contrats des intérimaires ainsi que tous documents y afférents.

En cas d'absence ou d'empêchement de la directrice des ressources humaines de l'Etablissement public, de son adjoint(e), délégation générale de signature est accordée à Mme Solenn LAMPERIN pour signer, dans le cadre de son intérim, tout type de contrats et avenants ainsi que les conventions de mise à disposition, à l'exception de ceux afférents aux cadres dirigeants.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Signé : P/Thomas FATÔME, directeur général  
Aurélié LE SUEUR, secrétaire générale.

## DIRECTION RÉGIONALE DU SERVICE MÉDICAL DE BRETAGNE (DRSM)

Mme le Docteur **Sylvie LEGRAND**Décision du 26 novembre 2021 – effet au 1<sup>er</sup> octobre 2021

Délégation de signature est accordée à Mme le Docteur Sylvie LEGRAND, médecin conseil régional adjoint de la direction régionale du service médical de Bretagne, pour signer :

- la correspondance courante émanant de la direction régionale du service médical de Bretagne,
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la direction régionale du service médical de Bretagne,
- les autorisations de dépenses, les titres de recettes et les ordres de dépenses concernant les frais de fonctionnement de la direction régionale du service médical de Bretagne.

Délégation est accordée à Mme le Docteur Sylvie LEGRAND, médecin conseil régional adjoint de la direction régionale du service médical de Bretagne, en matière de budget de gestion, pour :

- effectuer les virements de crédits, après accord de la CNAM, à l'intérieur des groupes de dépenses pour lesquels il existe un principe de fongibilité prévu par le contrat pluriannuel de gestion visé par le directeur général de la CNAM.

Délégation de signature est accordée à Mme le Docteur Sylvie LEGRAND, en matière de commande publique et dans le cadre des opérations intéressant la direction régionale du service médical de Bretagne, pour signer :

- 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, lorsque ces derniers sont inférieurs ou égaux à 1 000 000 € TTC, à l'exception des avenants entraînant un dépassement par le contrat du seuil de 1 000 000 € TTC.

Délégation de signature est accordée à Mme le Docteur Sylvie LEGRAND, en matière de gestion des ressources humaines, pour procéder aux :

- recrutements des personnels relevant de la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la Sécurité sociale, employés et cadres,
- décisions de parcours professionnels des personnels relevant de la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la Sécurité sociale, employés et cadres,
- attributions des mesures salariales des personnels relevant de la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la Sécurité sociale, employés et cadres,
- attribution de mesures salariales des personnels relevant de la convention collective nationale de travail des agents de direction du régime général des organismes de sécurité sociale et de la convention collective nationale de travail des praticiens conseils du régime général de la sécurité sociale, après avis du directeur général de la CNAM,
- procédures disciplinaires autres que les procédures de licenciement conformément à la lettre réseau LR-DDO-195/2017.



Délégation de signature est accordée à Mme le Docteur Sylvie LEGRAND, médecin conseil régional adjoint de la direction régionale du service médical de Bretagne, pour signer, au nom du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie, tous actes ou décisions concernant les engagements d'actions en justice en matière de contestation des ordonnances prononcées par les tribunaux du contentieux de l'incapacité enjoignant à ses services la communication de pièces médicales dans le cadre de recours employeurs.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Signé : P/Thomas FATÔME, directeur général  
Pierre PEIX, directeur délégué aux opérations.

## DIRECTION RÉGIONALE DU SERVICE MÉDICAL DE LA GUYANE (DRSM)

M. le Docteur **Etienne PASCOLINI**

Décision du 26 novembre 2021 – *effet au 1<sup>er</sup> décembre 2021*

Les délégations de signature accordées à M. le Docteur Etienne PASCOLINI par décision en date du 30 octobre 2014 sont abrogées.

Délégation de signature est accordée à M. le Docteur Etienne PASCOLINI, médecin conseil régional de la direction régionale du service médical de la Guyane, pour signer :

- la correspondance courante émanant de la direction régionale du service médical de la Guyane,
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la direction régionale du service médical de la Guyane,
- les autorisations de dépenses, les titres de recettes et les ordres de dépenses concernant les frais de fonctionnement de la direction régionale du service médical de la Guyane.

Délégation est accordée à M. le Docteur Etienne PASCOLINI, médecin conseil régional de la direction régionale du service médical de la Guyane, en matière de budget de gestion, pour :

- effectuer les virements de crédits, après accord de la CNAM, à l'intérieur des groupes de dépenses pour lesquels il existe un principe de fongibilité prévu par le contrat pluriannuel de gestion visé par le directeur général de la CNAM.

Délégation de signature est accordée à M. le Docteur Etienne PASCOLINI, en matière de commande publique et dans le cadre des opérations intéressant la direction régionale du service médical de la Guyane, pour signer :

- 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, lorsque ces derniers sont inférieurs ou égaux à 1 000 000 € TTC, à l'exception des avenants entraînant un dépassement par le contrat du seuil de 1 000 000 € TTC.

Délégation de signature est accordée à M. le Docteur Etienne PASCOLINI, en matière de gestion des ressources humaines, pour procéder aux :

- recrutements des personnels relevant de la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la Sécurité sociale, employés et cadres,
- décisions de parcours professionnels des personnels relevant de la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la Sécurité sociale, employés et cadres,
- attributions des mesures salariales des personnels relevant de la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la Sécurité sociale, employés et cadres,
- attribution de mesures salariales des personnels relevant de la convention collective nationale de travail des agents de direction du régime général des organismes de sécurité sociale et de la convention collective nationale de travail des praticiens-conseils du régime général de sécurité sociale, après avis du directeur général de la CNAM,
- procédures disciplinaires autres que les procédures de licenciement conformément à la lettre réseau LR-DDO-195/2017.

Délégation de signature est accordée à M. le Docteur Etienne PASCOLINI, médecin conseil régional de la direction régionale du service médical de la Guyane, pour signer, au nom du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie, tous actes ou décisions concernant les engagements d'actions en justice en matière de contestation des ordonnances prononcées par les tribunaux du contentieux de l'incapacité enjoignant à ses services la communication de pièces médicales dans le cadre de recours employeurs.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Signé : P/Thomas FATÔME, directeur général

Pierre PEIX, directeur délégué aux opérations.

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 : SSAX2130548K

<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>Date de naissance</b>	<b>Organisme</b>	<b>Date agrément provisoire</b>	<b>Date agrément définitif</b>	<b>Date assermentation</b>
BENNABI	Nesrine	23/07/1984	CPAM DE PARIS	22/11/2021		
LEGENDRE	Stéphanie	22/07/1978	CPAM DU RHONE	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 RHONE	08/01/2021	09/12/2021	02/04/2021
CANNONE	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