



MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Bulletin officiel

Santé

Protection sociale

Solidarité

N° 1

17 janvier 2022

Sommaire chronologique

2 février 2021

Arrêté du 2 février 2021 portant composition de la commission administrative paritaire compétente à l'égard du corps des techniciens sanitaires et de sécurité sanitaire.

7 juin 2021

Arrêté du 7 juin 2021 fixant la composition de la commission administrative paritaire compétente à l'égard du corps des professeurs d'enseignement général des instituts nationaux de jeunes sourds et de l'Institut national des jeunes aveugles.

31 août 2021

Arrêté du 31 août 2021 portant composition de la commission administrative paritaire compétente à l'égard du corps de l'inspection de l'action sanitaire et sociale.

4 octobre 2021

Convention d'une délégation de gestion du 4 octobre 2021 donnée par la Direction des sports à la Direction du numérique dans le cadre du plan de relance - Programme 363 « Compétitivité ».

15 novembre 2021

INSTRUCTION N° DGCS/CNSA/DESMS/2021/234 du 15 novembre 2021 relative à l'appui au développement des usages et la fiabilisation des données du système d'information de suivi des orientations.

16 novembre 2021

Délibération n° 2021-18 du 16 novembre 2021 adoptant le budget initial pour l'année 2022.

Délibération n° 2021-19 du 16 novembre 2021 fixant le tableau des emplois du Centre national de gestion pour 2022.

22 novembre 2021

Arrêté du 22 novembre 2021 fixant la composition de la commission administrative paritaire compétente à l'égard du corps des médecins inspecteurs de santé publique.

14 décembre 2021

INSTRUCTION N° DGOS/R3/2021/248 du 14 décembre 2021 relative à la pérennisation des maisons de naissance.

INSTRUCTION N° DGOS/R4/2021/252 du 14 décembre 2021 relative à la mise en œuvre de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences visant à généraliser des organisations d'admissions directes non programmées des personnes âgées en service hospitalier et à la réalisation d'un premier état des lieux au titre des années 2020 et 2021.

20 décembre 2021

Décision n° 2021.0300/DP/SG du 20 décembre 2021 de la présidente de la Haute Autorité de santé portant délégation de signature (Mission expertise).

23 décembre 2021

Arrêté du 23 décembre 2021 portant inscription au titre de l'année 2022 au tableau d'avancement à la hors classe des directeurs et directrices d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

1^{er} janvier 2022

Décision du 1^{er} janvier 2022 relative à l'organisation du réseau en matière d'exercice des recours subrogatoires prévus aux articles L. 376-1 et suivants et L. 454-1 du code de la sécurité sociale (*annule et remplace la décision du 1^{er} janvier 2020 publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2020/01 du 15 février 2020*).

2 janvier 2022

Arrêté du 2 janvier 2022 portant renouvellement des membres nommés au conseil d'administration de l'Institut national des jeunes aveugles.

3 janvier 2022

Décision du 3 janvier 2022 portant établissement de la liste des organismes complémentaires participant à la complémentaire santé solidaire au titre de l'année 2022.

4 janvier 2022

Arrêté du 4 janvier 2022 modifiant l'arrêté du 27 décembre 2018 portant composition nominative du comité consultatif national de la fonction publique hospitalière.

NOTE D'INFORMATION N° DGOS/R2/2022/2 du 4 janvier 2022 relative au déploiement des dispositifs d'accueil et d'accompagnement des victimes de violences conjugales, intrafamiliales et/ou sexuelles au sein des établissements de santé.

10 janvier 2022

Arrêté du 10 janvier 2022 portant composition du jury de fin de formation des ingénieurs du génie sanitaire de la promotion 2021.

11 janvier 2022

Décision n° DS-2022-01 du 11 janvier 2022 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante.

Décision n° DS-2022-02 du 11 janvier 2022 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante.

Décision n° DS-2022-03 du 11 janvier 2022 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante.

Décision n° DS-2022-04 du 11 janvier 2022 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante.

Non daté

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

Ministère des solidarités et de la santé

**Arrêté du 2 février 2021 portant composition de la commission administrative paritaire
compétente à l'égard du corps des techniciens sanitaires et de sécurité sanitaire**

NOR : SSAR2130555A

Le ministre des solidarités et de la santé,

Vu les textes suivants :

- 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 ;
- le décret n° 82-451 du 28 mai 1982 modifié relatif aux commissions administratives paritaires ;
- le décret n° 2013-176 du 27 février 2013 portant statut particulier du corps des techniciens sanitaires et de sécurité sanitaire ;
- l'arrêté du 22 mai 2018 portant modification à l'arrêté du 11 septembre 2014 relatif à la création de commissions administratives paritaires compétentes à l'égard des techniciens sanitaires et de sécurité sanitaire ;
- l'arrêté du 4 juin 2018 fixant la date des prochaines élections professionnelles dans la fonction publique de l'Etat ;

Vu le procès-verbal du 6 décembre 2018 du dépouillement du scrutin du 6 décembre 2018 ;

Sur la proposition du directeur des ressources humaines, par délégation,

Arrête :

Article 1^{er}

Sont nommés représentants du personnel à la commission administrative paritaire compétente à l'égard du corps des techniciens sanitaires et de sécurité sanitaire :

Grade de technicien en chef

MEMBRES TITULAIRES	MEMBRES SUPPLEANTS	Liste
M. Frédéric GONANO (ARS Normandie – DD de l'Orne)	M. Arnaud MARGUERITTE (ARS Pays-de-la-Loire – DD du Maine-et-Loire)	CGT
Mme Sylvie GAUDIN (ARS Pays-de-la-Loire – DD de la Sarthe)	Mme Karima CRESCENCE (ARS Ile-de-France – DD des Yvelines)	CFDT

Grade de technicien principal

MEMBRES TITULAIRES	MEMBRES SUPPLEANTS	Liste
M. Samuel MOOTHEN (ARS la Réunion)	M. Jean-Bernard VELLAYOUDOM (ARS la Réunion)	SYNAPSE-UNSA
Mme Véronique FEBVRE (ARS Bourgogne Franche-Comté DD du Doubs)	M. Frédéric PERON (DDT de Belfort)	FO

Grade de technicien

MEMBRES TITULAIRES	MEMBRES SUPPLEANTS	Liste
Mme Giovanni CARPIN-CARTAN (ARS Réunion)	M. Eric DUBOIS (ARS Pays-de-la-Loire – DD de la Vendée)	SYNAPSE-UNSA

Article 2

Sont nommés représentants de l'Administration à la commission administrative paritaire compétente à l'égard du corps des techniciens sanitaires et de sécurité sanitaire :

MEMBRES TITULAIRES

Pascal BERNARD	Directeur des ressources humaines
Thomas BRETON	Chef du Département contentieux et précontentieux de la Direction des ressources humaines
Nicolas GRENETIER	Chargé de mission à l'Agence régionale de santé d'Auvergne-Rhône-Alpes
Jean-Luc RICHON	Chargé de mission des agences auprès de la sous-directrice de la prévention des risques liés à l'environnement et à la l'alimentation à la Direction générale de la santé
Raphaël TARAVELLA	Ingénieur environnement à la Cellule de veille d'alerte et de gestion sanitaire de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France

MEMBRES SUPPLEANTS

Marie-Françoise LEMAITRE	Conseillère du directeur des ressources humaines
Catherine BOUTET	Responsable du Pôle santé environnement à l'Agence régionale de santé de Normandie
Mohamed BYBI	Chef du Bureau des personnels techniques et d'inspection des affaires sanitaires et sociales (SDGAP2) de la Direction des ressources humaines
Pascale CHARBOIS-BUFFAUT	Responsable de UTSE de l'Yonne à l'Agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté
Benoît FAVIER	Adjoint au chef du Bureau des personnels techniques et d'inspection des affaires sanitaires et sociales (SDGAP2) de la Direction des ressources humaines

Article 3

L'arrêté du 22 décembre 2020 portant composition de la commission administrative paritaire compétente à l'égard des techniciens sanitaires et de sécurité sanitaire est abrogé.

Article 4

Le directeur des ressources humaines est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 2 février 2021.

Pour le ministre et par délégation :
La cheffe de Service stratégie,
compétences et vie au travail,
Anne LIRIS

Ministère des solidarités et de la santé

**Arrêté du 7 juin 2021 fixant la composition de la commission administrative paritaire
compétente à l'égard du corps des professeurs d'enseignement général des instituts
nationaux de jeunes sourds et de l'Institut national des jeunes aveugles**

NOR : SSAR2130556A

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 ;

Vu 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° 82-451 du 28 mai 1982 modifié relatif aux commissions administratives paritaires ;

Vu le décret n° 93-293 du 8 mars 1993 portant statut particulier du corps des professeurs d'enseignement général des instituts nationaux de jeunes sourds ;

Vu l'arrêté en date du 31 mai 2018 portant création de commissions administratives paritaires compétentes à l'égard du corps des professeurs d'enseignement général des instituts nationaux de jeunes sourds et des professeurs d'enseignement général de l'Institut national des jeunes aveugles et à l'égard des professeurs d'enseignement technique des instituts nationaux de jeunes sourds et de l'Institut national des jeunes aveugles ;

Vu l'arrêté du 25 mai 2021 portant composition de la commission administrative paritaire du corps des professeurs d'enseignement général des instituts nationaux de jeunes sourds et de l'Institut national des jeunes aveugles ;

Vu le procès-verbal de dépouillement du 10 décembre 2018 établi à l'issue des élections du 6 décembre 2018 pour la désignation des représentants du personnel à la commission administrative paritaire compétente à l'égard du corps des professeurs d'enseignement général des instituts nationaux de jeunes sourds et des professeurs d'enseignement général de l'Institut national des jeunes aveugles ;

Sur proposition du directeur des ressources humaines,

Arrête :

Article 1^{er}

Sont nommés représentants du personnel à la commission administrative paritaire compétente à l'égard du corps des professeurs d'enseignement général des instituts nationaux de jeunes sourds et de l'Institut national des jeunes aveugles :

Professeurs d'enseignement général hors classe

Membre titulaire

Madame Nadine HUBNER
SNJSJA UNSA Education
(INJS de Metz)

Membre suppléant

Madame Hélène SESTER
SNJSJA UNSA Education
(INJS de Paris)

Professeurs d'enseignement général de classe normale

Membre titulaire

Monsieur Baptiste FLORES
FO
(INJS de Bordeaux)

Membre suppléant

Madame Laure BEYRET
FO
(INJS de Paris)

Article 2

Sont nommés représentants de l'Administration à la commission administrative paritaire compétente à l'égard du corps des professeurs d'enseignement général des instituts nationaux de jeunes sourds et de l'Institut national des jeunes aveugles :

Membres titulaires

Monsieur Pascal BERNARD

Monsieur Laurent DUBOIS-MAZEYRIE

Adjoint au chef du Bureau de la citoyenneté, de l'insertion et du parcours de vie des personnes handicapées à la Direction générale de la cohésion sociale

Membres suppléants

Madame Juliette CAHEN

Cheffe du Département contentieux et précontentieux à la Direction des ressources humaines

Monsieur Esteban MERLETTE

Inspecteur pédagogique et technique des établissements et services médico-sociaux des jeunes sourds au sein du Bureau de la citoyenneté, de l'insertion et du parcours de vie des personnes handicapées à la Direction générale de la cohésion sociale

Article 3

L'arrêté du 25 mai 2021 portant composition de la commission administrative paritaire compétente à l'égard du corps des professeurs d'enseignement général des instituts nationaux de jeunes sourds et de l'Institut national des jeunes aveugles est abrogé.

Article 4

Le directeur des ressources humaines est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 7 juin 2021.

Pour le ministre et par délégation :
La cheffe du Service stratégie,
compétences et vie au travail,
Anne LIRIS

Ministère des solidarités et de la santé

Arrêté du 31 août 2021 portant composition de la commission administrative paritaire compétente à l'égard du corps de l'inspection de l'action sanitaire et sociale

NOR : SSAR2130557A

Le ministre des solidarités et de la santé,

Vu les textes suivants :

- la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires ;
- la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, notamment son article 66 ;
- le décret n° 82-451 du 28 mai 1982 modifié relatif aux commissions administratives paritaires ;
- le décret n° 2002-1569 du 24 décembre 2002 modifié portant statut particulier du corps de l'inspection de l'action sanitaire et sociale ;
- l'arrêté du 18 mai 2018 portant création d'une commission administrative paritaire compétente à l'égard du corps de l'inspection de l'action sanitaire et sociale ;
- l'arrêté du 29 juin 2020 portant composition de la commission administrative paritaire compétente à l'égard du corps de l'inspection de l'action sanitaire et sociale ;

Vu le procès-verbal du 6 décembre 2018 du dépouillement du scrutin du 6 décembre 2018 ;

Sur proposition du directeur des ressources humaines,

Arrête :

Article 1^{er}

Sont nommés représentants du personnel à la commission administrative paritaire compétente à l'égard du corps de l'inspection de l'action sanitaire et sociale :

Grade d'inspecteur de classe exceptionnelle de l'action sanitaire et sociale

MEMBRES TITULAIRES	MEMBRES SUPPLEANTS	Liste
Mme Catherine RIBAUT (Direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités de la protection des populations des Deux-Sèvres)	M. Jean-Pierre SEVERE Décharge totale d'activité de service	SNIASS-UNSA
Mme Astrid LAURENT (Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur)		CFDT

Grade d'inspecteur hors classe de l'action sanitaire et sociale

MEMBRES TITULAIRES	MEMBRES SUPPLEANTS	Liste
M. Julien KOUNOWSKI (SGAR Préfecture Bretagne)	Mme Christine GUIGUE (Agence régionale de santé Auvergne - Rhône-Alpes)	SNIASS- UNSA
M. Nicolas TASSO (Mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale – Antenne interrégionale de Lyon)	M. Laurent LAPLANCHE (Direction générale de la santé)	CGT

Grade d'inspecteur de l'action sanitaire et sociale

MEMBRES TITULAIRES	MEMBRES SUPPLEANTS	Liste
M. Jean-Marc KIMENAU (Agence régionale de santé Grand Est)	Mme Maud ALLANIC (Préfecture d'Ille-et-Vilaine)	SNIASS- UNSA
Mme Agnès AYME (Délégation interministérielle de l'aide aux victimes)	Mme Stéphanie MEDARD (Direction régionale et interdépartementale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités – Unité départementale des Hauts-de-Seine)	SNIASS- UNSA

Article 2

Sont nommés représentants de l'Administration à la commission administrative paritaire compétente à l'égard du corps de l'inspection de l'action sanitaire et sociale :

MEMBRES TITULAIRES

M. Pascal BERNARD	Directeur des ressources humaines
Mme Juliette CAHEN	Cheffe du Département contentieux et précontentieux Direction des ressources humaines
Mme Véronique de BADEREAU DE SAINT-MARTIN	Directrice départementale adjointe de la Direction de l'emploi, du travail, et des solidarités de la Seine-Maritime
M. Mohamed BYBI	Chef du Bureau des personnels techniques et d'inspection des affaires sanitaires et sociales (SDGAP2) Direction des ressources humaines
Mme Claude GUILLARD	Coordonnatrice des directions départementales à l'Agence régionale de santé de Nouvelle- Aquitaine (Poitiers)
M. Antoine PHILIPPS	Chef du Bureau des ARS Direction des finances des achats et des services

MEMBRES SUPPLEANTS

Mme Marie-Françoise LEMAITRE	Adjointe du directeur des ressources humaines
M. Benoît FAVIER	Adjoint au chef du Bureau des personnels techniques et d'inspection des affaires sanitaires et sociales (SDGAP2) de la Direction des ressources humaines
M. Eugène FERRI	Chef de Mission allocation des ressources au Département allocation des ressources et contractualisation à la Direction des ressources humaines
Mme Sylvie PLANCHE	Cheffe de la Mission CAP-CCP au Département contentieux et précontentieux à la Direction des ressources humaines
Mme Fabienne RABAU	Secrétaire générale – DRH à l'Agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine
Mme Myriam RESSAYRE	Adjointe à la cheffe de Département des distinctions honorifiques Division des cabinets

Article 3

L'arrêté du 29 juin 2020 portant composition de la commission administrative paritaire compétente à l'égard du corps de l'inspection de l'action sanitaire et sociale est abrogé.

Article 4

Le directeur des ressources humaines est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 31 août 2021.

Pour le ministre et par délégation :
La cheffe du Département
contentieux et précontentieux,
Juliette CAHEN

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

**Convention d'une délégation de gestion du 4 octobre 2021 donnée par la Direction des sports à la Direction du numérique dans le cadre du plan de relance
- Programme 363 « Compétitivité » -**

NOR : SSAZ2130561X

ENTRE :

La Direction des sports,
sise 95 avenue de France, 75013 PARIS,
représentée par Gilles QUÉNÉHERVÉ, directeur et responsable de l'Unité opérationnelle du programme 363,
ci-après désignée « DS » ou « délégant »,

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 » ou « délégataire »,

D'autre part.

Ci-après collectivement désignées les « Parties » et individuellement une « Partie »,

Il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Vu la convention du 1^{er} janvier 2021 et son avenant du 23 juillet 2021 signés entre la Direction de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative, la Direction des sports, la Direction du numérique pour l'Éducation du Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports et la Direction du numérique des ministères sociaux, relative à la conception, au développement et à la maintenance des applications informatiques des domaines « Jeunesse et Sport »,

Vu la convention du 18 décembre 2020 signée entre le Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports et le Ministère de l'économie, des finances et de la relance relative à la délégation de gestion et à l'utilisation des crédits du plan relance numérique,

Cette convention prévoit la transformation numérique des sports (programme 363 « Compétitivité ») et définit les modalités d'exécution qui conditionnent le versement des crédits.

Article 1^{er} Objet de la délégation

La présente convention a pour objet de définir un cadre de collaboration entre les parties, en vue d'une délégation de gestion donnée par la Direction des sports (DS), le délégant, à la Direction du numérique (DNUM), le délégataire, dans le cadre du plan de relance (programme 363 « Compétitivité »).

Conformément aux dispositions de l'article 2 du décret n° 2004-1085 du 14 octobre 2004, la présente convention précise les obligations respectives des parties et les modalités d'exécution financières.

Article 2 Délégation de gestion

Pour assurer ses missions, le délégataire est autorisé par le délégant à gérer les crédits mis à disposition sur le centre financier 0363-MENJ-NUSP, dont le délégant est responsable d'unité opérationnelle, et qui est rattaché au budget opérationnel du programme 363 de la Direction des affaires financières du Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports (MENJS).

Cette autorisation couvre les opérations de dépenses correspondant aux projets mentionnés à l'article 3.

Article 3 Exécution financière de la délégation de gestion

Article 3.1

Les projets et montants prévus par la présente convention sont les suivantes :

	2021	
	AE	CP
Projet EAPS	100 000 €	100 000 €
Projet CTS WEB	50 000 €	50 000 €
Projet Pass'sport	50 000 €	50 000 €

Le calendrier de mise à disposition du cofinancement de la DNUM est fixé conformément aux stipulations de la convention du 18 décembre 2020 susvisée.

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 à la mise en œuvre du projet, dans la limite des crédits mis en place par le délégant.

Il est chargé de retranscrire les opérations de dépenses dans le système d'information financier de l'Etat CHORUS.

Il prend en compte les références d'imputation suivantes pour chacune des dépenses effectuées :

Références CHORUS :	
Domaine fonctionnel :	0363-04
Centre financier :	0363-MENJ-NUSP
Centre de coût :	SGSICSJ075
Code activité	036304150002

Article 3.2

La somme des crédits dépensés par le délégataire ne pourra dépasser la limite des montants alloués par le délégant, en autorisations d'engagement et crédits de paiement.

Conformément aux instructions de fin de gestion données par la Direction du budget (DB) et la Direction générale des finances publiques (DGFIP), le délégataire peut engager les AE jusqu'au 31 décembre 2021, et consommer les CP jusqu'au 10 décembre 2021.

Article 3.3

Le comptable assignataire de la dépense est le contrôleur budgétaire et comptable ministériel (CBCM) auprès des ministères sociaux. Une copie de la convention de délégation de gestion et de chaque convention de projet est transmise au SCBCM du délégant (MENJS).

Article 4

Désignation d'un interlocuteur du délégataire

Le ministère délégataire désigne un correspondant pour répondre à toute question relative au suivi financier et communique les coordonnées, dès la signature de la présente convention, au délégant.

Article 5

Obligation du délégant

Il s'engage à mettre à disposition du délégataire les crédits nécessaires au financement des actions de communication se rapportant au programme 363.

Le montant des crédits est notifié par le délégant au délégataire.

Le délégant procède aux demandes de paramétrage du système d'information CHORUS afin que le délégataire exerce de façon autonome ses activités de responsabilité d'unité opérationnelle.

Le délégant adresse une copie de la présente convention au contrôleur budgétaire et comptable ministériel (CBCM) ainsi qu'à la Direction des affaires financières du Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports (MENJS).

La convention de délégation de gestion est publiée par le délégant au Bulletin officiel du Ministère chargé des sports.

Le délégant autorise les agents de la DNUM à saisir dans CHORUS Formulaires les demandes d'engagement de service fait visées par la présente convention, validées par le délégant.

Le délégant autorise la DNUM et ses agents bénéficiant d'une délégation de signature à signer les actes de gestion nécessaires à l'exécution de la présente convention.

Article 6 Modification de la convention

Toute modification des conditions ou modalités d'exécution de la présente convention de délégation de gestion, définie d'un commun accord entre les parties, fait l'objet d'un avenant dont un exemplaire est transmis au CBCM du délégataire et au CBCM du délégant.

Article 7 Durée et résiliation de la convention

La présente convention prend effet le 18 décembre 2021. Elle est conclue jusqu'au 31 décembre 2022.

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.

Conformément à l'article 5 du décret n° 2004-1085 du 14 octobre 2004, 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.

Article 8 Publication de la convention de délégation de gestion

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 par le délégant au Bulletin officiel du Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports.

Fait le 4 octobre 2021.

Pour la Direction des sports :
Le directeur et responsable de l'Unité
opérationnelle du programme 363,
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**
*Liberté
Égalité
Fraternité*

INSTRUCTION N° DGCS/CNSA/DESMS/2021/234 du 15 novembre 2021 relative à l'appui au développement des usages et la fiabilisation des données du système d'information de suivi des orientations

La directrice générale de la cohésion sociale
La directrice de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SSAA2134683J (numéro interne : 2021/234)
Date de signature	15/11/2021
Emetteurs	Ministère des solidarités et de la santé Direction générale de la cohésion sociale Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie Direction de la compensation Direction des établissements et services médico-sociaux
Objet	Instruction relative à l'appui au développement des usages et la fiabilisation des données du système d'information de suivi des orientations.
Commande	Développement des usages du système d'information de suivi des orientations des personnes handicapées (ViaTrajectoire et Osmose).
Action à réaliser	Pilotage de travaux et d'opérateurs.
Echéances	2021-2023
Contacts utiles	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie Direction de la compensation - Programme SI MDPH Personne chargée du dossier : Mme Claire MYRTA Tél. : 06 02 62 50 34 Mél. : claire.myrta@cnsa.fr Direction des établissements et services médico-sociaux Pôle investissement dans l'offre de demain Personne chargée du dossier : Mme Myriam DANYACH Tél. : 01 53 91 28 73 Mél. : myriam.danyach@cnsa.fr

Nombre de pages et annexes	7 pages + 4 annexes (4 pages) Annexe 1 : Répartition des crédits destinés à la mise en place d'un référent régional ViaTrajectoire et aux actions de fiabilisation des données pour l'année 2021 Annexe 2 : Liste des indicateurs prévus dans le SI décisionnel pour le suivi des orientations Annexe 3 : Maquettes présentant le futur SI décisionnel suivi des orientations – extraits du tableau de bord d'une ARS (données fictives) Annexe 4 : Description des missions des référents ViaTrajectoire en région
Résumé	La présente instruction a pour objet de mobiliser les agences régionales de santé (ARS) pour le développement des usages du système d'information de suivi des orientations des personnes handicapées (ViaTrajectoire / Osmose) et la mise en qualité des données qu'il contient.
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle Calédonie, et de Wallis et Futuna.
Mots-clés	Suivi des orientations, pilotage, maison départementale des personnes handicapées (MDPH), établissements et services médico-sociaux (ESMS), groupements régionaux d'appui à la e-santé (GRADEs), fiabilisation des données, ViaTrajectoire Handicap, Osmose
Classement thématique	Etablissements sociaux et médico-sociaux
Textes de référence	Article L. 114-1-1 du code de l'action sociale et des familles ; Instruction n° DGCS/SD3B/CNSA/SGMCAS/DSSIS/2016/322 du 23 septembre 2016 relative au système d'information de suivi des orientations dans le secteur du handicap.
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Validée par le CNP le 29 octobre 2021 - Visa CNP 2021-130	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

ViaTrajectoire Handicap et Osmose sont les deux outils choisis par les agences régionales de santé (ARS) permettant de suivre les décisions rendues par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées portant orientation des personnes en situation de handicap vers des structures médico-sociales.

La présente instruction a pour objet de mobiliser les ARS en lien avec les départements pour le développement des usages du système d'information de suivi des orientations des personnes handicapées (ViaTrajectoire et Osmose) dans les territoires et le suivi de la qualité des données qu'il comporte. Ces données sont essentielles pour améliorer notre connaissance des publics fragiles et de l'offre médico-sociale, mais aussi pour mettre en place des indicateurs de pilotage afin d'assurer un meilleur suivi des parcours, améliorer la qualité des accompagnements et renforcer les politiques du handicap.

Le développement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) d'une solution décisionnelle connectée à l'outil ViaTrajectoire Handicap a révélé des limites dans l'appropriation de ce système d'information par les établissements et services médico-sociaux (ESMS) et les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

De manière pérenne, un dispositif d'accompagnement pour soutenir les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) et les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) devra être construit et piloté par les ARS afin d'assurer le développement des usages de l'outil ViaTrajectoire Handicap et Osmose pour La Réunion. Dans l'immédiat, les ARS pourront s'appuyer sur les groupements régionaux d'appui à la e-santé (GRADeS) pour mettre en œuvre à court terme le plan d'actions relatif à la fiabilisation des données de ViaTrajectoire et Osmose décrit ci-après.

En outre, afin de rendre publics les indicateurs, très attendus dans le cadre de la feuille de route MDPH 2022 et du baromètre national des MDPH, relatifs au suivi des orientations des personnes en situation de handicap dès la fin de l'année 2021, il est nécessaire de lancer un chantier de fiabilisation pour accroître la qualité des données de ce système d'information.

I. L'achèvement du déploiement du SI Suivi des orientations dans les territoires départementaux permet désormais d'exploiter les données qu'il contient

Un déploiement réalisé dans la majorité des régions

Le déploiement du système d'information de suivi des orientations (SI SDO) est réalisé par les ARS en lien avec les départements avec l'appui des GRADeS pour accompagner et former les MDPH et les ESMS, pour le portage opérationnel de la démarche.

Au 31 août 2021, 97 territoires départementaux ont déployé et utilisent l'outil ViaTrajectoire Handicap en routine, un territoire utilise la solution de suivi des orientations Osmose (La Réunion) et 3 départements finalisent actuellement le déploiement de ViaTrajectoire, qui devrait être effectif d'ici la fin de l'année 2021 (Charente-Maritime, Seine-Maritime et Mayotte).

Les ESMS peuvent aujourd'hui accéder aux décisions d'orientations les concernant et informer les MDPH des suites données à leurs décisions, ce qui a permis de dématérialiser des échanges qui s'effectuaient auparavant via l'envoi papier par la MDPH de la notification de décision rendue par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Le développement d'un outil permettant de produire des indicateurs statistiques en exploitant les données de ViaTrajectoire

L'outil de suivi des orientations collecte des données clés pour le pilotage des agences régionales de santé et des conseils départementaux. Pour démarrer l'exploitation de ces données, alimentées par les MDPH et près de 11 000 établissements et services médico-sociaux, la CNSA a lancé en fin d'année 2020 le développement d'un outil permettant de produire des indicateurs statistiques autour du suivi des orientations. Cet outil se concentre dans un premier temps sur les données issues de ViaTrajectoire Handicap.

Cette solution décisionnelle a permis de définir une liste commune d'indicateurs de pilotage et de s'accorder sur leurs définitions, et est en cours de développement. Elle doit contribuer à la mise en place d'un portail national décisionnel, qui comportera à terme une restitution des données du suivi des orientations mais aussi des systèmes d'information des MDPH. L'ouverture de ce portail à l'ensemble des professionnels impliqués dans le suivi des orientations des personnes handicapées est prévue dès le premier trimestre 2022.

La mise en place de tableaux de bord de pilotage répond à plusieurs objectifs :

- Outiller les ARS et les conseils départementaux pour le pilotage, la régulation et la planification de l'offre médico-sociale et faciliter les échanges avec les gestionnaires d'ESMS ;
- Obtenir des indicateurs partagés entre les MDPH et les ESMS et permettre aux MDPH de mieux suivre la mise en œuvre des décisions ;
- Améliorer la connaissance des personnes handicapées, de leurs besoins de compensation de la perte d'autonomie et des réponses apportées à ces besoins ;
- Mieux comprendre les parcours des usagers et suivre les effets des différents accompagnements proposés par les acteurs de la réponse accompagnée pour tous ;
- Analyser les pratiques d'admission des ESMS pour aller vers plus d'harmonisation ;
- Alimenter le baromètre des MDPH mis en ligne sur le site internet de la CNSA.

Une qualité de données saisie dans ViaTrajectoire hétérogène selon les territoires qui nuit à la fiabilité des indicateurs de pilotage produits par le système d'informations (SI) décisionnel

Les indicateurs de pilotage (comme par exemple le délai d'admission en ESMS ou le volume des listes d'attente en ESMS) sont définis à partir des données produites par ViaTrajectoire. Toute donnée erronée saisie a donc un impact sur la qualité des indicateurs produits.

Or, un certain nombre d'anomalies observées révèlent une appropriation et une utilisation de l'outil encore trop inégales sur le territoire. A titre d'exemple, plusieurs ESMS ont décrit leur offre dans ViaTrajectoire mais sans indiquer aucune place installée. D'autres structures n'ont saisi aucun usager accueilli ou en liste d'attente, ce qui rend impossible le calcul d'un taux d'occupation ou d'un ratio liste d'attente / places installées.

L'ensemble de ces constats appelle une mobilisation forte des MDPH et ESMS de chaque territoire et un pilotage par les ARS en lien avec les conseils départementaux pour mettre en place le plan d'actions nécessaire à l'amélioration de la qualité des informations saisies dans ViaTrajectoire.

II. Une nécessaire accélération du développement des usages du système d'information du suivi des orientations, un appui des GRADeS dans les territoires

A. La nécessité d'augmenter le développement des usages du SI suivi des orientations et l'accompagnement des MDPH et ESMS

Les ARS ont piloté le développement de l'outil de suivi des orientations, conforme au référentiel national fixé par la CNSA, ainsi que son déploiement. La CNSA a mobilisé une première enveloppe de 1,5 M€ en 2017 répartie selon le nombre de départements et le nombre d'établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées (ESMS PH) présents par région. Elle a permis la mise en place d'un accompagnement auprès des ESMS et des MDPH assuré par les groupements régionaux d'appui au développement de la e-santé (GRADeS).

Deux enveloppes complémentaires de 500 000€ chacune ont ensuite été réparties en 2019 et 2021 afin de soutenir l'achèvement du déploiement de ce système d'information et de déployer un module complémentaire concernant l'accueil temporaire et séquentiel. Ces crédits avaient vocation à faciliter la conduite du changement dans les territoires, en mettant en place des actions de formation et de support technique et métier.

L'accompagnement des ESMS et des MDPH à l'utilisation de l'outil est cependant aujourd'hui inégal sur le territoire pour assurer la qualité et la complétude des informations saisies dans ViaTrajectoire.

Il est donc demandé aux ARS de continuer à maintenir des ressources dédiées à la promotion et à la conduite du changement pour atteindre un niveau d'usage suffisant du système d'information de suivi des orientations et améliorer la qualité des données dans l'outil.

Cet accompagnement continu pour soutenir les MDPH et les ESMS dans l'utilisation de l'outil de suivi des orientations devra couvrir notamment les champs suivants :

1. Apporter une assistance aux utilisateurs de premier niveau (appui pour la gestion des habilitations, la résolution des problèmes mineurs, la réponse aux questions, la mise à jour des informations concernant l'offre des ESMS) ;
2. Accroître les usages de l'outil et l'harmonisation des pratiques (diffusion de guides de bonnes pratiques produits au niveau national ou régional et appui à leur mise en œuvre, actualisation des guides métier...) ;
3. Assister les utilisateurs lors de la mise en place de nouvelles versions de l'outil ViaTrajectoire afin de sécuriser la montée de version et le bon usage des nouvelles fonctionnalités (*2 versions prévues chaque année, une mineure et une majeure*) ;
4. Proposer en continu des formations (pour les nouveaux arrivants en MDPH ou ESMS, et pour présenter les nouvelles versions de ViaTrajectoire ou la lecture et l'analyse des indicateurs de pilotage de l'outil décisionnel...) ;
5. Participer à l'animation et la promotion du système d'information des orientations (transmission des informations produites par l'éditeur du SI SDO, par la CNSA ou l'ARS, participation au club utilisateur ViaTrajectoire, remontées des anomalies et demandes d'évolution au niveau national, communication auprès des autres partenaires tels que la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), Pôle emploi...) ;
6. Appuyer les MDPH et ESMS pour la fiabilisation des données de l'outil de suivi des orientations (identifier les anomalies à partir des extractions du SI décisionnel Suivi des orientations fournies par la CNSA, aider à l'analyse et la lecture des données, participer à l'enrichissement de ViaTrajectoire en proposant des indicateurs complémentaires...).

B. La possibilité de s'appuyer sur les ressources dédiées au développement du numérique dans le secteur médico-social dans les groupements de e-santé

Les ARS pourront s'appuyer sur les ressources présentes au sein de groupements régionaux d'appui au développement de la e-santé qui ont été déployées dans le cadre du virage numérique en santé.

L'outil de suivi des orientations est en adhérence avec plusieurs chantiers de la feuille de route du numérique en santé. Des travaux d'interopérabilité ont d'ores et déjà été lancés pour que toutes les solutions de dossier usager informatisé déployées au sein des ESMS puissent communiquer avec l'outil ViaTrajectoire. Des liens très forts sont également à noter avec le répertoire opérationnel des ressources (ROR), référentiel socle identifié dans la feuille de route du numérique en santé. L'outil ViaTrajectoire contient une description de l'offre des ESMS : l'enjeu est de synchroniser ces informations avec celles contenues dans le ROR médico-social, afin d'affirmer la place de ce dernier comme annuaire de référence. L'objectif est de rationaliser la charge de travail de description de l'offre par les ESMS (dans le respect du principe « Dites-le nous une fois ») et d'améliorer la qualité de cette description, les données dans le ROR ayant vocation à alimenter de nombreux outils, dont ViaTrajectoire.

Il est nécessaire de désigner un référent au sein de l'ARS pour piloter le plan d'actions autour de l'accroissement des usages et de la qualité des données de ViaTrajectoire.

Pour assurer la pérennité de l'accompagnement apporté aux ESMS à l'usage du système d'information de suivi des orientations, le maintien d'une ressource dédiée dans chaque région au sein du GRADeS est également indispensable. Cette ressource exercera un rôle de référent sur le champ du suivi des orientations.

C. Un chantier de fiabilisation des données du système d'information de suivi des orientations piloté par les ARS

Les principaux utilisateurs de ViaTrajectoire et Osmose, MDPH et ESMS, accompagnés par les ARS et les conseils départementaux, vont devoir vérifier les informations qu'ils ont pu transmettre au fil des années dans leur outil de suivi des orientations. Pour les MDPH, il s'agira de signaler toute décision absente de l'outil de suivi des orientations ou toute anomalie. Pour les ESMS, la vérification portera davantage sur la mise à jour des informations concernant les usagers qu'ils accompagnent : la personne est-elle entrée dans l'ESMS ? A-t-elle cessé d'être accompagnée ? Vient-elle d'être inscrite sur la liste d'attente ? Le contact n'a-t-il pas abouti et la personne a-t-elle indiqué son refus d'être admise dans l'établissement concerné ?

Le chantier de fiabilisation des données se déroulera progressivement. Il est demandé aux régions de commencer par établissements et services pour enfants et en particulier les instituts médico-éducatifs (IME), et de terminer en fin d'année par les établissements et services pour adultes handicapés.

Pour mener à bien ce travail de redressement des données, il est nécessaire que chacun des acteurs régionaux et départementaux soit mobilisé pour encourager et accompagner les ESMS dans la vérification des informations renseignées dans l'outil ViaTrajectoire Handicap ou Osmose.

La CNSA a transmis début juin 2021 à chaque ARS les données régionales et départementales sur le périmètre IME ainsi qu'une première identification des anomalies. Il est demandé aux ARS d'analyser ces documents et de mettre en place les actions, à savoir :

- Communiquer sur la démarche auprès de tous les acteurs concernés ;
- Piloter le travail d'actualisation des données de ViaTrajectoire ;
- Vérifier les informations relatives à la description de l'offre (nombre de places installées en ESMS, description des structures et des unités qui les composent...) afin de s'assurer de la cohérence avec les autorisations délivrées ;
- Alerter les ESMS présentant de fortes incohérences (absence de places installées, absence d'usagers entrés ou en liste d'attente).

Les ARS pourront mobiliser pour ce faire les groupements régionaux d'appui au développement de la e-santé.

Afin d'accompagner cette mise en qualité des données de ViaTrajectoire Handicap et Osmose, la CNSA organisera des réunions inter-régions pour partager la démarche de fiabilisation et les premiers retours d'expérience et mutualiser les supports de communication et de formation. La CNSA enverra également à chaque ARS à la fin de l'année 2021 un rapport de fiabilisation mensuel issu de l'outil de pilotage qu'elle développe actuellement pour que les ARS puissent apprécier l'avancement de la fiabilisation dans leur région. Ce rapport mettra en évidence les principales anomalies et les évolutions dues aux corrections effectuées par les ARS, GRADeS, MDPH et ESMS.

En complément de cet appui technique pour la fiabilisation des données du SI SDO, la CNSA soutiendra financièrement la mise en place d'un dispositif pérenne, composé a minima d'une ressource dédiée en GRADeS, pour le développement des usages de l'outil ViaTrajectoire Handicap.

Une enveloppe de 1,5 M€ par an sera répartie entre les régions et ce, dès 2022, et renouvelée ensuite en 2023 et 2024.

Pour 2021, une enveloppe de 1 M€ complémentaire à celle déjà allouée en début d'année est mise à votre disposition et répartie dans l'annexe 1 pour former un montant total de 1,5 M€. Cette allocation supplémentaire de crédits figurera dans le 4^{ème} arrêté relatif au fonds d'intervention régional (FIR) pour 2021.

Cette enveloppe est destinée à renforcer la place de ce référent ViaTrajectoire dans chaque région et à faciliter l'animation autour de cet outil clé pour le suivi de la mise en œuvre des politiques du handicap. Plusieurs indicateurs, décrits à l'annexe 4, seront suivis régulièrement par la CNSA et les ARS afin d'apprécier l'avancement des travaux de fiabilisation.

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

A stylized, bold, black signature of Etienne CHAMPION, slanted upwards to the right.

Etienne CHAMPION

La directrice générale de la cohésion
sociale

A stylized, bold, black signature of Virginie LASSERRE, slanted upwards to the right.

Virginie LASSERRE

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

A stylized, bold, black signature of Virginie MAGNANT, slanted upwards to the right.

Virginie MAGNANT

ANNEXE 1**RÉPARTITION DES CRÉDITS DESTINÉS À LA MISE EN PLACE D'UN RÉFÉRENT RÉGIONAL VIATRAJECTOIRE ET AUX ACTIONS DE FIABILISATION DES DONNÉES POUR L'ANNÉE 2021**

La répartition de cette enveloppe est basée sur plusieurs critères parmi lesquels le nombre d'établissements et services médico-sociaux (ESMS) par région, en partant du principe que les régions ayant plus d'ESMS auront une charge plus importante de formations et d'actions de conduite du changement. La charge associée à la fiabilisation des données et à la mise à jour ou au peuplement initial du répertoire opérationnel des ressources (ROR) sera également plus conséquente pour les régions avec un grand nombre d'ESMS.

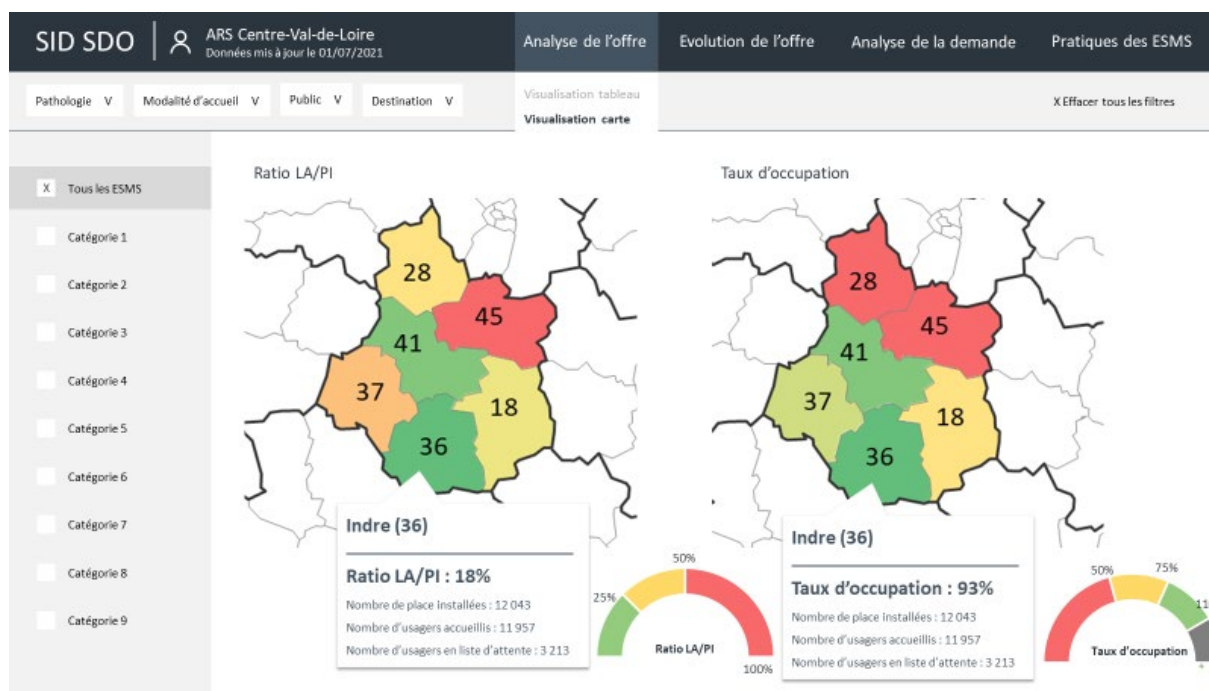
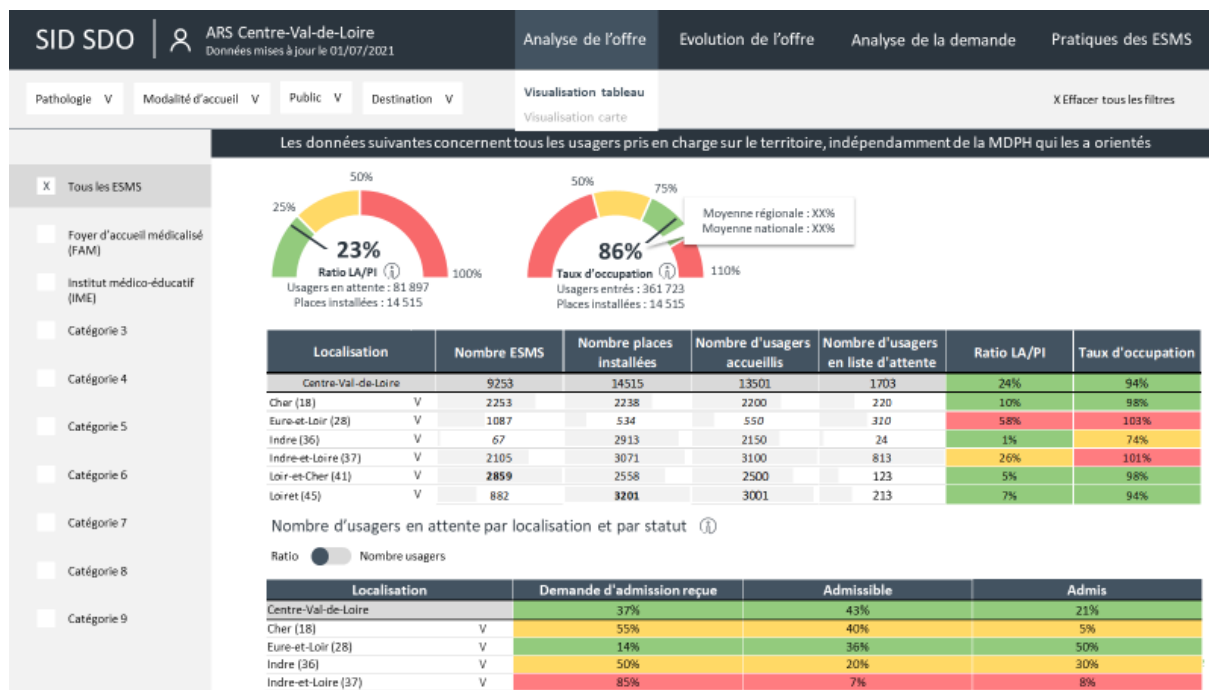
Elle tient compte également des crédits délégués dans la CIRCULAIRE N° SG/Pôle Santé ARS/2021/54 du 12 février 2021 relative aux modalités de mise en œuvre du Fonds d'intervention régional (FIR) en 2021 et l'arrêté du 18 février 2021 fixant pour l'année 2021 le montant des crédits attribués aux agences régionales de santé au titre du fonds d'intervention régional et le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale. Le détail des missions associées au rôle de référent ViaTrajectoire sont décrites à l'annexe 4.

Région	Montant complémentaire attribué pour 2021
AUVERGNE-RHONE-ALPES	64 000 €
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE	60 000 €
BRETAGNE	60 000 €
CENTRE-VAL-DE-LOIRE	60 000 €
CORSE	37 000 €
GRAND EST	77 000 €
GUADELOUPE	37 000 €
GUYANE	37 000 €
HAUTS-DE-FRANCE	76 000 €
ILE-DE-FRANCE	70 000 €
LA REUNION	37 000 €
MARTINIQUE	37 000 €
MAYOTTE	37 000 €
NORMANDIE	56 000 €
NOUVELLE-AQUITAINE	76 000 €
OCCITANIE	76 000 €
PAYS DE LA LOIRE	49 000 €
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	54 000 €
TOTAL	1 000 000 €

ANNEXE 2 : LISTE DES INDICATEURS PREVUS DANS LE SI DECISIONNEL POUR LE SUIVI DES ORIENTATIONS

A. SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DES DECISIONS D'ORIENTATION (DO)	B. CONNAISSANCE DE L'OFFRE ET ADEQUATION AUX BESOINS	C. PRATIQUES DES ESMS
Cette famille d'indicateurs a pour objectif de suivre la mise en œuvre des décisions d'orientation, afin de proposer l'accompagnement adapté aux usagers en cas de difficulté.  Décisions d'orientation actives  Usagers accueillis  Usagers en liste d'attente  Usagers « à suivre »  Usagers en situation d'amendement Creton  Enfants relevant de l'ASE (aide sociale à l'enfance)  Usagers sans solution  Usagers accueillis au titre d'une DO alternative  DO sans ESMS (établissements et services médico-sociaux) nommément désigné  Taux de rotation de la liste d'attente  Usagers caractérisés  Usagers bénéficiant d'un PAG (plan d'accompagnement global)	Cette famille d'indicateurs a pour objectif de mieux comprendre l'offre et les usagers du territoire afin de pouvoir adapter les pratiques d'orientation.  Nombre d'ESMS  Places installées en ESMS  Usagers en liste d'attente par rapport au nombre de places installées  Taux d'occupation des ESMS  Délai d'admission  Usagers inscrits dans la MDPH mais en liste d'attente ou accueillis dans un ESMS hors du département  Usagers inscrits dans une autre MDPH mais en liste d'attente ou accueillis dans un ESMS du département  Durée de maintien des usagers en ESMS  Durée de présence en liste d'attente	Cette famille d'indicateurs a pour objectif d'obtenir de la visibilité sur les pratiques des ESMS (ex : sorties, admissions impossibles, durée moyenne pour passer d'une étape du processus d'admission à une autre).  Admissions impossibles proposées par ESMS  Admissions impossibles proposées / entérinées  Demandes de réorientation  Délai d'admission moyen de l'ESMS par rapport aux autres ESMS de sa catégorie  Nombre de sorties par motif de sortie  Durée de présence moyenne en liste d'attente de l'ESMS par rapport aux autres ESMS  Délai d'inscription en liste d'attente  Durée du maintien des usagers en ESMS

ANNEXE 3 : MAQUETTES PRESENTANT LE FUTUR SI DECISIONNEL SUIVI DES ORIENTATIONS – EXTRAITS DU TABLEAU DE BORD D'UNE ARS (DONNEES FICTIVES)



ANNEXE 4

DESCRIPTION DES MISSIONS DES REFERENTS VIATRAJECTOIRE EN REGION

Assister les utilisateurs dans l'utilisation quotidienne du Système d'information de suivi des décisions d'orientation (SI SDO)	- Gérer les habilitations et créations d'accès pour les nouveaux utilisateurs dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS) - Aider à la résolution des problèmes dans l'utilisation du système d'information : questions / réponses, mise en place d'un process de remontée des questions et difficultés - Appuyer les établissements et services médico-sociaux (ESMS) dans la mise à jour de la description de leur offre dans le répertoire opérationnel des ressources (ROR)
Améliorer les usages du SI SDO	- Diffuser les règles de bonnes pratiques posées avec les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et les recommandations métier nationales et appuyer leur mise en œuvre - Actualiser les guides métier pour les nouveaux utilisateurs de l'outil et ajouter des compléments d'information sur les fonctionnalités complexes - Assister les utilisateurs (MDPH et ESMS) dans la mise à jour des listes d'attente et listes des personnes entrées
Assurer le pilotage du SI SDO et du centre de données au niveau régional	- Participer aux travaux visant à enrichir les outils de pilotage - Assister les agences régionales de santé (ARS), les conseils départementaux et les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) dans la lecture et l'analyse des données notamment via des formations concernant l'outil de pilotage - Appuyer les ESMS et les MDPH dans la fiabilisation des données du SI SDO (analyse des anomalies, aide à la correction des erreurs...)
Assister au paramétrage des nouvelles versions du SI SDO	Aider les départements à identifier les prérequis nécessaires à l'installation des nouvelles versions
Former les référents SI SDO	- Préparer les supports de formation, planifier et organiser les formations permettant la présentation des nouveaux concepts harmonisés dans le SI SDO et les nouvelles fonctionnalités mises à disposition - Former les nouveaux utilisateurs dans les ESMS et MDPH - Organiser des temps communs trimestriels mobilisant l'ensemble des départements permettant le traitement des questions relatives à la prise en main des nouveautés - Organiser une formation pour les référents sur la lecture des données du SI décisionnel
Participer à l'animation et à la promotion du SI SDO	- Assurer la bonne transmission des informations diffusées par l'éditeur et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) sur le SI Suivi des orientations - Analyser les remontées d'anomalies, besoins et demandes d'évolution au niveau national via le Club utilisateur de ViaTrajectoire : filtrer les demandes, les analyser et proposer des évolutions de l'outil - Participer aux instances régionales pour communiquer sur le SI SDO (comités de pilotage régionaux...) - Communiquer sur le SI SDO auprès des acteurs et partenaires (Caisse primaire d'assurance maladie, Pôle emploi...)
Participer aux réunions de suivi organisées par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et le Club ViaTrajectoire	- Participer aux réunions de suivi organisées par la CNSA et le Club ViaTrajectoire afin de : - Partager l'avancée des travaux - Partager les pratiques régionales sur un sujet donné - Partager des documents de référence produits par les régions - Partager les difficultés communes rencontrées dans l'utilisation de ViaTrajectoire - Partager les évolutions fonctionnelles et les évolutions réglementaires avant leur traduction dans le SI Suivi des orientations

Actions	Indicateurs
Corriger les anomalies présentes dans le SI SDO mises en évidence par la CNSA	Nombre d'anomalies résolues par rapport au nombre total d'anomalies repérées par an
Peupler le ROR médico-social et synchroniser le ROR et VT pour la description de l'offre des ESMS	Part des ESMS PH présents dans ViaTrajectoire décrits dans le ROR (synchronisation VT – ROR complète)
Former les MDPH et ESMS à l'usage du SI SDO	Nombre de formations réalisées par an (et nombre de MDPH / ESMS formés)

Centre national de gestion

Délibération n° 2021-18 du 16 novembre 2021 adoptant le budget initial pour l'année 2022

NOR : SSAN2130550X

Le conseil d'administration,

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

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 modifié relatif à la gestion budgétaire et comptable publique, notamment ses articles 175 à 177 ;

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

Après en avoir délibéré,

Décide :

Article 1^{er}

Le conseil d'administration adopte les autorisations budgétaires suivantes au titre du budget initial 2022 :

Au titre des dépenses :

- **37 954 424 € d'autorisations d'engagement**, dont :
 - 15 389 399 € au titre de l'enveloppe de personnel, dont 7 633 738 € pour les personnels et 7 755 661 € pour les professionnels rattachés en gestion au CNG ;
 - 19 928 025 € au titre de l'enveloppe de fonctionnement, dont 263 843 € concernant des mesures nouvelles ;
 - 2 637 000 € au titre de l'enveloppe d'investissement, dont 500 000 € concernant des mesures nouvelles.

- **38 447 175€ de crédits de paiement**, dont :
 - 15 389 399 € au titre de l'enveloppe de personnel, dont 7 633 738 € pour les personnels et 7 755 661 € pour les professionnels rattachés en gestion au CNG ;
 - 20 420 776 € au titre de l'enveloppe de fonctionnement, dont 263 843 € concernant des mesures nouvelles ;
 - 2 637 000 € au titre de l'enveloppe d'investissement, dont 500 00 € concernant des mesures nouvelles.

Au titre des recettes :

- 28 334 520 € de recettes.

Résultat budgétaire de l'exercice :

- 10 412 655 € de solde budgétaire déficitaire.

Article 2

Le conseil d'administration vote les prévisions comptables suivantes au titre du budget 2022 :

- 10 412 655 € de variation de trésorerie,
- 7 475 655 € de résultat patrimonial,
- 6 475 655 € d'insuffisance d'autofinancement,
- 9 112 655 € de variation de fonds de roulement.

Article 3

La directrice générale du CNG est chargée de l'exécution de la présente délibération qui sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité, à l'issue du délai maximum d'un mois prévu à l'article 176 du décret susvisé du 7 novembre 2011, dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article 13 du décret susvisé du 4 mai 2007.

Délibéré, le 16 novembre 2021.

Pour extrait certifié conforme,

La présidente du Conseil d'administration,
Isabelle AUSSET

Centre national de gestion

**Délibération n° 2021-19 du 16 novembre 2021 fixant le tableau des emplois
du Centre national de gestion pour 2022**

NOR : SSAN2130551X

Le conseil d'administration,

Vu le décret n° 2007-704 du 4 mai 2007 modifié relatif à l'organisation et au fonctionnement du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, notamment ses articles 8 (3°), 13, 15 et 21 ;

Vu l'avis du comité technique d'établissement en date du 4 novembre 2021 ;

Vu le rapport présenté par la directrice générale du CNG ;

Après en avoir délibéré,

Décide :

Article 1^{er}

Le tableau des emplois autorisés au titre de l'année 2022 est fixé à **108 équivalents temps plein (ETP)**.

Article 2

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

Délibéré, le 16 novembre 2021.

Pour extrait certifié conforme,

La présidente du Conseil d'administration,
Isabelle AUSSET

Ministère des solidarités et de la santé

Arrêté du 22 novembre 2021 fixant la composition de la commission administrative paritaire compétente à l'égard du corps des médecins inspecteurs de santé publique

NOR : SSAR2130558A

Le ministre des solidarités et de la santé,

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droit et obligations des fonctionnaires ;

Vu 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° 82-451 du 28 mai 1982 modifié relatif aux commissions administratives paritaires ;

Vu le décret n° 91-1025 du 7 octobre 1991 modifié relatif au statut particulier des médecins inspecteurs de santé publique ;

Vu l'arrêté du 24 juillet 1992 modifiant l'arrêté du 8 novembre 1991 créant une commission administrative paritaire compétente à l'égard des médecins inspecteurs de santé publique ;

Vu l'arrêté du 17 juin 2021 fixant la composition de la commission administrative paritaire compétente à l'égard du corps des médecins inspecteurs de santé publique ;

Vu le procès-verbal du 6 décembre 2018 relatif au dépouillement du scrutin du 6 décembre 2018 pour la désignation des représentants du personnel au sein de la commission administrative paritaire compétente à l'égard du corps des médecins inspecteurs de santé publique ;

Sur proposition du directeur des ressources humaines,

Arrête :

Article 1^{er}

Sont nommés représentants du personnel à la commission administrative paritaire compétente à l'égard du corps des médecins inspecteurs de santé publique :

Médecin général de santé publique

TITULAIRES	SUPPLEANTS
M. Thierry MATHIEU (SMISP - UNSA)	Mme Sylvie RENARD-DUBOIS (SMISP - UNSA)
Mme Catherine GUICHARD (SMISP - UNSA)	M. Jacques RAIMONDEAU (SMISP - UNSA)

Médecin inspecteur en chef de santé publique

TITULAIRES	SUPPLEANTS
Mme Sophie ALSIBAI (SMISP - UNSA)	Mme Christine GODIN-BENHAÏM (SMISP - UNSA)
Mme Marie-José MOQUET (SMISP - UNSA)	M. Philippe BARGMAN (SMISP - UNSA)

Médecin inspecteur de santé publique

TITULAIRES	SUPPLEANTS
Mme Aude-Emmanuelle DEVELAY (SMISP - UNSA)	Mme Anna NDIAYE-DELEPOULLE (SMISP - UNSA)

Article 2

Sont nommés représentants de l'Administration à la commission administrative paritaire compétente à l'égard du corps des médecins inspecteurs de santé publique :

MEMBRES TITULAIRES

M. Pascal BERNARD	Directeur des ressources humaines
Mme Juliette CAHEN	Cheffe du Département contentieux et précontentieux à la Direction des ressources humaines
Mme Magali GUEGAN	Directrice adjointe auprès du directeur de la santé publique de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France
Mme Zinna BESSA	Sous-directrice santé des populations et prévention des maladies chroniques à la Direction générale de la santé
M. Thierry VEJUX	Secrétaire général de l'Agence régionale de santé des Hauts-de-France

MEMBRES SUPPLEANTS

M. Mohamed BYBI	Chef du Bureau des personnels techniques et d'inspection des affaires sanitaires et sociales (SDGAP2) Direction des ressources humaines
Mme Pascale DHÔTE-BURGER	Conseillère-experte au Bureau prises en charge post aigües, pathologies chroniques et santé mentale Direction générale de l'offre de soins
Mme Carole LAMORILLE	Directrice adjointe auprès du secrétaire général de l'Agence régionale de santé des Hauts-de-France
M. François NEGRIER	Directeur de la Délégation départementale des Côtes d'Armor de l'Agence régionale de santé de Bretagne
M. Jean-Marc WYDRYCK	Chef du Bureau de l'administration générale Direction générale de l'offre de soins

Article 3

L'arrêté du 17 juin 2021 nommant les représentants de l'Administration et les représentants du personnel à la commission administrative paritaire compétente à l'égard du corps des médecins inspecteurs de santé publique est abrogé.

Article 4

Le directeur des ressources humaines est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 22 novembre 2021.

Pour le ministre et par délégation :
La cheffe du Département contentieux
et précontentieux,
Juliette CAHEN


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

INSTRUCTION N° DGOS/R3/2021/248 du 14 décembre 2021 relative à la pérennisation des maisons de naissance.

Le ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SSAH2137558J (numéro interne : 2021/248)
Date de signature	14/12/2021
Emetteur	Ministère des solidarités et de la santé Direction générale de l'offre de soins
Objet	Pérennisation des maisons de naissance.
Commande	L'instruction détaille à l'attention des agences régionales de santé (ARS) les règles d'implantation et de fonctionnement des maisons de naissance et les éléments d'attention nécessaires dans l'examen des demandes de création et de renouvellement de ces structures.
Actions à réaliser	Les ARS seront chargées d'autoriser la création et le renouvellement des maisons de naissance au vu des orientations délivrées par la présente instruction qui complètent le cadre réglementaire récemment publié.
Echéance	La réalisation de l'action est attendue dès 2022.
Contact utile	Sous-direction de la régulation de l'offre de soins Bureau R3 Personne chargée du dossier : Frédérique COLLOMBET-MIGEON Tél. : 01 40 56 53 82 Mél. : frederique.collombet-migeon@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexe	5 pages
Résumé	En vertu de l'article 58 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 ainsi que de ses décrets et arrêté d'application, la présente instruction détaille à l'attention des agences régionales de santé les évolutions du cadre de fonctionnement des maisons de naissance pérennisées par comparaison avec leur cadre expérimental antérieur, ainsi que les éléments d'attention nécessaires, de la part des ARS, dans l'examen des demandes de création et de renouvellement de ces nouvelles structures.

Mention Outre-mer	La présente instruction s'applique en l'état dans les territoires d'Outre-mer.
Mots-clés	Femmes enceintes, maternités.
Classement thématique	Professions de santé.
Textes de référence	Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, et notamment son article 58. Décret n° 2021-1526 du 26 novembre 2021 relatif aux maisons de naissance. Décret n° 2021-1768 du 22 décembre 2021 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des maisons de naissance. Arrêté du 22 décembre 2021 fixant le contenu du dossier de demande de création des maisons de naissance, la composition de leur charte de fonctionnement ainsi que le contenu de leur rapport d'activité annuel.
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Validée par le CNP le 17 décembre 2021 - Visa CNP 2021-150	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

Les maisons de naissance, déployées dans un cadre expérimental en France depuis 2015¹, sont désormais pérennisées par la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021. Le cadre réglementaire établi en application de cette dernière² définit les principes d'implantation et de fonctionnement des nouvelles structures qui diffèrent sur plusieurs points de la phase expérimentale. La présente instruction en détaille le cadre actualisé et précise, à la lumière notamment des enseignements de l'expérimentation, les éléments d'attention que devront avoir les agences régionales de santé dans l'examen des demandes de création de ces structures.

I- L'implantation et l'organisation des maisons de naissance.

1) Le maillage territorial attendu des maisons de naissance.

Une part encore très minoritaire des parturientes en France est susceptible de s'adresser aux maisons de naissance, compte tenu des caractéristiques de la prise en charge qui y est pratiquée (absence de péridurale notamment) et de leur place récente dans l'offre de soins. L'enjeu n'est par conséquent pas, à moyen terme, de mailler finement le territoire mais de viser une montée en charge très progressive, en veillant à accompagner les porteurs de projets tout en ne déstabilisant pas l'offre d'obstétrique en place. Au plan national, la création pour 2022 de douze nouvelles maisons de naissance est considérée comme pouvant répondre aux besoins exprimés dans le cadre d'une première phase de déploiement du dispositif et sera éligible à un financement via le fonds d'intervention régional (FIR).

¹ En application de la loi n°2013-1118 du 6 décembre 2013 et du décret n°2015-937 du 30 juillet 2015.

² Le décret n° 2021-1526 du 26 novembre 2021 relatif aux maisons de naissance définit les conditions de création de celles-ci ; le décret n° 2021-1768 du 22 décembre 2021 définit les conditions techniques de fonctionnement de ces structures, tandis que l'arrêté du 22 décembre 2021 précise la composition du dossier de demande de création des maisons de naissance, la composition de leur charte de fonctionnement ainsi que le contenu de leur rapport d'activité annuel.

L'autorisation de création d'une maison de naissance est laissée à votre appréciation dès lors que le projet respecte les conditions d'implantation et de fonctionnement prévues par décret et qu'il répond aux besoins de la population. S'agissant de cette dernière condition, l'objectif est de veiller à ce que les maisons de naissance soient implantées dans des bassins de population dont la dynamique démographique³ et/ou la dynamique de natalité sont suffisants pour garantir à la fois l'équilibre médico-économique de ces structures et le positionnement non concurrent avec la ou les maternités desservant par ailleurs le territoire. Il s'agit d'élargir le panel des prises en charge proposées aux femmes pour leur suivi de grossesse et leur accouchement et de mieux répondre aux attentes de prises en charge très peu médicalisées. Les maisons de naissance n'ont pas vocation en revanche à se substituer à l'offre d'obstétrique déjà en place dans les territoires.

Vous apporterez une vigilance particulière aux territoires comportant des maternités fragilisées, soit en raison de leur faible activité en nombre de naissances annuelles, soit en raison des difficultés de recrutement et de fidélisation de leurs professionnels. Vous veillerez dans ce cas à mesurer précisément les effets de concurrence ou de synergies susceptibles de découler de l'autorisation d'une maison de naissance sur le territoire considéré.

2) Les conditions d'implantation des structures.

Le cadre réglementaire répond à la volonté de trouver un équilibre entre la préservation de la sécurité des parturientes et des nouveau-nés et la faisabilité de l'implantation des maisons de naissance et introduit certaines évolutions par rapport aux règles en vigueur pendant l'expérimentation :

- Selon les termes de la loi, la maison de naissance doit être contiguë à l'établissement de santé siège de la maternité dont elle est partenaire : à la différence de la phase expérimentale⁴, la contiguïté s'apprécie désormais par rapport à l'établissement de santé et aux différents bâtiments qui le composent le cas échéant, ce qui peut conduire à une souplesse supplémentaire d'implantation de la structure lors qu'elle jouxte l'un ou l'autre des bâtiments concernés ;
- L'implantation de la maison de naissance doit également relever d'un accès « direct » et permettant la réalisation « en toute sécurité » du transport à la maternité partenaire, soit un accès exempt d'obstacles (escaliers par exemple) ou de détours susceptibles de conduire à un délai non maîtrisé de transfert des parturientes ;
- La traversée d'une voie interne à l'établissement de santé est en revanche autorisée, ce qui laisse la possibilité de configurations de type « pavillonnaires », dès lors que l'implantation retenue respecte la rapidité exigée pour le transfert des parturientes ;
- Enfin, l'implantation de la maison de naissance et son organisation doivent permettre d'organiser un transport allongé et non motorisé des parturientes en cas d'urgence, excluant les configurations qui feraient reposer les transferts urgents sur un appel du SAMU, compte tenu des délais supplémentaires de prise en charge que celui-ci induirait.

3) Les conditions techniques de fonctionnement :

a) Les conditions d'éligibilité des femmes enceintes.

La phase expérimentale a montré que des taux importants de transfert pendant la phase d'accouchement, qui sont associés à un sur risque pour la mère comme pour le nouveau-né, peuvent refléter une insuffisante sélection des parturientes lors de l'inscription en maison de naissance. Il est donc essentiel d'assurer une sélection adaptée des profils de femmes susceptibles d'être prises en charge sans sur risque en maison de naissance. Sur ce point, le cadre réglementaire pérenne va plus loin que le cadre expérimental car il impose aux maisons de naissance non seulement le respect des recommandations générales de la HAS sur

³ La dynamique démographique du territoire considéré sera à analyser au regard de plusieurs paramètres : l'impact des flux de population en faveur ou défaveur du territoire considéré, l'âge moyen de la population de femmes du territoire, etc.

⁴ Pour laquelle la contiguïté s'appréciait par rapport à la maternité.

l'orientation des situations à risque identifiées, qui précisent les situations pouvant être prises en charge par les sages-femmes, mais également l'exclusion de leur champ de compétence des grossesses gémellaires et les situations d'utérus cicatriciel⁵.

b) Les missions des maisons de naissance.

Au-delà des missions de suivi de grossesse et d'accouchement prévues par la loi, le cadre réglementaire rappelle que les maisons de naissance répondent à la diversité des besoins des parents lors de la phase ante et post natale, dans le cadre d'un accompagnement global qui fait la spécificité de ces structures. Outre ces missions, la loi a prévu l'intervention possible des maisons de naissance dans les champs de la santé publique, de la prévention et de l'éducation thérapeutique qui peuvent s'adresser à un public plus large que les femmes enceintes régulièrement inscrites en vue d'un accouchement dans ces structures. Vous veillerez, lors de leur examen, à ce que les projets de maison de naissance répondent à la mission prioritaire d'accouchement et de suivi global des parturientes, sans que ne soit empêchée la réalisation des activités plus larges permises par la loi (notamment en lien avec la promotion de la physiologie).

c) Hygiène et sécurité.

Il est rappelé, sans que les décrets susvisés ne soient explicites sur ce point, que les maisons de naissance doivent répondre aux mêmes exigences réglementaires générales d'hygiène et de sécurité que les structures de soins comparables.

II- Financement, autorisation et évaluation

1) Procédure d'autorisation des structures expérimentales, des nouveaux projets et des demandes de renouvellement.

a) Demandes de mise en conformité des maisons de naissance expérimentales.

Les huit structures expérimentales actuellement en activité devront déposer d'ici au 1^{er} février 2022 un dossier de demande d'autorisation, attestant de leur mise en conformité avec le nouveau cadre réglementaire, pour prétendre à la pérennisation de leur fonctionnement. Les projets concernés devront répondre aux mêmes conditions d'implantation, de fonctionnement et de réponse aux besoins de la population que les nouvelles demandes déposées. Nous attirons toutefois votre attention sur les conditions spécifiques de procédure s'appliquant dans ce cas : selon les termes de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, les maisons de naissance expérimentales disposent d'un délai de trois mois courant depuis le 1^{er} novembre 2021 pour faire état de leur demande, en fonction d'un contenu de dossier précisé par l'arrêté susvisé, et pourront poursuivre leur activité jusqu'à ce qu'il soit statué sur leur demande. Eu égard au délai de publication de l'arrêté définissant les pièces à constituer, la présentation de pièces issues de la période d'expérimentation, avec une date de mise à jour projetée, sera à examiner avec bienveillance. Vous veillerez également à assurer la continuité pour 2022 du financement des maisons de naissance pour lesquelles une autorisation est projetée. Enfin, nous attirons votre attention sur le fait qu'en application du principe du « silence valant décision d'acceptation » (SVA) prévu pour cette procédure de mise en conformité, une absence de réponse de votre part dans les quatre mois suivant le dépôt de leur dossier, signifiera un accord donné aux projets soumis.

b) Demandes en vue de la création de maisons de naissance.

L'arrêté du 22 décembre 2021 fixe le contenu attendu du dossier de demande d'autorisation. Si besoin, en l'absence de candidature spontanée conjuguée à des besoins attestés au sein de votre territoire, il vous est possible de procéder au préalable à un appel à projets régional.

⁵ Ces dispositions n'étaient pas en vigueur lors de la phase expérimentale.

Dans une logique de simplification des procédures et par parallélisme avec les dossiers d'autorisation d'activités de soins, votre réponse est soumise au principe de silence valant décision d'acceptation à la fois pour les demandes d'autorisation et celles de renouvellement d'activité. S'agissant des demandes d'autorisation initiale des maisons de naissance, compte tenu de la nouveauté de l'exercice d'autorisation de ces structures, impliquant une charge d'instruction globale importante, le délai applicable est porté à six mois. Le SVA de droit commun de deux mois s'applique en revanche aux demandes de renouvellement de ces structures qui ne présenteront pas les mêmes contraintes de traitement.

2) Financement des structures.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 entérine notamment le principe de contractualisation (CPOM) avec les maisons de naissance dans le droit commun. Une prise en charge via le FIR permettra, le cas échéant, le financement de dépenses complémentaires non prises en compte dans les tarifs, correspondant notamment aux astreintes des sages-femmes, nécessaires pour permettre leur intervention sans délai lors des accouchements, ou aux frais de structure liés à la location des locaux ainsi qu'à l'assurance obligatoire des sages-femmes.

Vous veillerez par conséquent, dès autorisation par vos soins d'une nouvelle maison de naissance, à faire connaître au ministère de la santé (à l'attention de l'adresse suivante : dqos-R3@sante.gouv.fr) la date de création de la structure considérée.

3) Evaluation.

Les structures seront tenues de répondre de l'usage de ce financement via le renseignement d'un rapport d'activité annuel dont la trame est définie par l'arrêté du 22 décembre 2021 et dont vous serez destinataires. Ce rapport permettra de poursuivre le suivi détaillé, entamé lors de la phase expérimentale, des résultats obtenus en termes de sécurité et de qualité des soins par ces structures nouvelles dans l'offre de soins française. Il permettra également de compléter les données disponibles en termes d'équilibre médico-économique de ces structures.

Eu égard à ces enjeux, vous veillerez à accompagner les maisons de naissance dans cette démarche évaluative.

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 cheffe de service, adjointe à la
directrice générale de l'offre de soins,



Cécile LAMBERT


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

INSTRUCTION N° DGOS/R4/2021/252 du 14 décembre 2021 relative à la mise en œuvre de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences visant à généraliser des organisations d'admissions directes non programmées des personnes âgées en service hospitalier et à la réalisation d'un premier état des lieux au titre des années 2020 et 2021.

Le ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SSAH2137581J (Numéro interne : 2021/252)
Date de signature	14 décembre 2021
Emetteur	Ministère des solidarités et de la santé Direction générale de l'offre de soins
Objet	Mise en œuvre de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences visant à généraliser des organisations d'admissions directes non programmées des personnes âgées en service hospitalier et à la réalisation d'un premier état des lieux au titre des années 2020 et 2021.
Commande	Déployer sur les territoires des organisations d'admissions directes non programmées des personnes âgées en service hospitalier.
Actions à réaliser	Poursuivre la coordination du déploiement de ces organisations. Bilan des démarches régionales menées en 2020 et 2021 et des crédits délégués.
Echéances	Action poursuivie en 2022 et les années suivantes.
Contact utile	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. : anne-noelle.machu@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	6 pages + 3 annexes de 17 pages Annexe 1 : Fonctions clés du parcours d'admissions directes non programmées des personnes âgées en service hospitalier - Annexe 2 : Document cadre pour les communautés professionnelles territoriales de santé - Annexe 3 : Etat des lieux de l'allocation aux agences régionales de santé (ARS) des mesures nouvelles 2020 et 2021 – admissions directes des personnes âgées

Résumé	La présente instruction vise à transmettre aux Agences régionales de santé le cadre et la mise à disposition d'outils pour la poursuite de la mise en œuvre de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences visant à généraliser les parcours d'admissions directes non programmées en service hospitalier entre la médecine de ville, le secteur médico-social et les établissements de santé afin de limiter les hospitalisations après passage aux urgences. Elle prévoit la réalisation d'un bilan annuel des démarches régionales et demande le premier bilan au titre des années 2020 et 2021.
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle Calédonie, et de Wallis et Futuna.
Mots-clés	Urgences, financement, personnes âgées, parcours de santé, admissions directes non programmées, établissements de santé, médecine de ville et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
Classement thématique	Etablissement de santé - organisation
Textes de référence	- Pacte de refondation des urgences – 23 septembre 2019 – Mesure 5 ; - Ségur de la Santé – Pilier 4 – Mesure 28 ; - Circulaire N° DGOS/R1/2020/60 du 20 avril 2020 relative à la première campagne tarifaire et budgétaire 2020 des établissements de santé ; - Circulaire N° DGOS/R1/2021/87 du 21 avril 2021 relative à la première campagne tarifaire et budgétaire 2021 des établissements de santé.
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Validée par le CNP le 17 décembre 2021 - Visa CNP 2021-149	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

La mesure 5 du Pacte de refondation des urgences promeut la structuration de parcours d'admissions directes non programmées dans les services d'hospitalisation pour les personnes âgées afin de réduire le nombre de passages aux urgences évitables.

Elle contribue à fédérer les acteurs sur les territoires autour de prises en charge intégrées. Elle a été inscrite à ce titre dans le pilier 4 du Ségur de la Santé (mesure 28) et s'articule fortement avec d'autres mesures du Pacte, notamment la mesure 12 portant sur la fluidification de l'aval des urgences.

Le retour d'expérience de la crise sanitaire liée à la COVID 19 a conforté la nécessité cruciale d'une coordination territoriale entre les établissements de santé, les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD), la médecine de ville et les SAMU-Centre 15 au bénéfice des personnes âgées ainsi que la pertinence des admissions directes non programmées.

Il s'agit d'un engagement collectif à pérenniser dans le temps. Aussi, cette mesure est accompagnée d'un engagement financier de 175 M€ au total pour la période 2019-2022.

La présente instruction a pour objet, d'une part, de rappeler le cadre de la mesure 5 Pacte de refondation des urgences et d'apporter des outils sur sa mise en œuvre et sa trajectoire dans le temps. D'autre part, elle prévoit la réalisation d'un état des lieux annuel des démarches régionales, avec un premier retour demandé pour les années 2020 et 2021.

1. Le cadre général

Le cadre général de la mesure a été défini avec l'appui d'un groupe de travail associant des sociétés savantes, des représentants des médecins libéraux, du conseil national de l'urgence hospitalière (CNUH) et des médecins coordonnateurs d'EHPAD, les fédérations hospitalières, les représentants des usagers, des agences régionales de santé, l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) et la Haute autorité de santé (HAS).

1.1. Population cible et définition :

La population cible de ces parcours est celle des personnes âgées de 75 ans et plus.

La définition des admissions directes non programmées en service d'hospitalisation retenue est la suivante :

- Une admission directe en service d'hospitalisation à partir du domicile de la personne âgée (dont domicile de substitution) sans passage par le service des urgences ;
- Une admission qui fait suite à la demande d'un médecin de ville, du SAMU/services d'accès aux soins (SAS) ou d'un EHPAD (intervenu après une consultation avec le patient, numérique ou téléphonique avec le patient ou à la suite de consignes données au patient déjà suivi dans le cadre d'un protocole de soins ex : oncologie) ;
- Une admission inopinée non prévue 48H (deux jours) avant sa réalisation effective ;
- Une admission pour des soins à visée diagnostique et thérapeutique ou palliative requérant un environnement hospitalier.

1.2. Typologie des parcours d'admissions directes des personnes âgées

Trois modes d'organisation d'admissions directes ont été identifiés par les acteurs :

- Une organisation à partir de la demande des médecins de ville et au premier chef des médecins traitants en vue d'une hospitalisation dans les 48H de leurs patients âgés pour des soins non vitaux. En 2013, 46% des personnes âgées avaient consulté un médecin dans les 48H avant d'arriver aux services des urgences¹). Cette organisation est l'objectif prioritaire de la mise en œuvre de la mesure 5 ;
- Une organisation à partir du SAMU-Centre 15 suite à un appel des personnes âgées et/ou du déplacement du médecin de la structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) qui décide une hospitalisation en urgence vitale filiarisée dans des services de soins intensifs, principalement pour un accident vasculaire cérébral ou cardiologique ;
- Une organisation d'admission directement dans un service de soins pour un patient âgé déjà connu et suivi dans le cadre d'un protocole de soins, à sa demande, (exemple protocole de soins oncologique), lui faisant éviter un passage aux urgences.

¹ Les personnes âgées aux urgences : une patientèle à profil particulier - DREES-Etudes et résultats Mars 2017 - n°1007.

1.3. Etablissements de santé et activités de soins concernés

L'ensemble des établissements de santé est concerné par la construction de ces parcours qu'ils aient un service d'urgence ou non.

Ces organisations s'adressent principalement aux services de médecine, mais peuvent être déployées également en chirurgie.

2. La construction des parcours d'admissions directes non programmées des personnes âgées

2.1. Identification de trois fonctions clés spécifiques :

La construction de ces parcours repose sur la mise en place et/ou l'identification de trois fonctions clés spécifiques :

- Une fonction d'interface hospitalière (hotline) en journée garantissant au médecin traitant ou spécialiste demandeur l'accès à un avis médical pour décider d'une admission directe dans les 48H. Aujourd'hui principalement téléphonique, cette interface a vocation à reposer sur des outils numériques. Elle doit être en lien avec le SAMU-Centre 15 et demain le service d'accès aux soins (SAS) pour faciliter les admissions directes. Elle doit déclencher la programmation de l'admission en service d'hospitalisation ;
- Une fonction de coordination des entrées directes au sein des services d'admissions impliquant une anticipation des sorties d'hospitalisation et d'intégration de ces admissions/prises en charge dans la gestion des séjours de l'établissement (connaissance de la disponibilité des lits) et dans les processus de soins ;
- Une fonction de co-construction et d'analyse partagée de ce parcours entre les acteurs de la médecine de premier recours, les acteurs médico-sociaux et au premier chef les EHPAD, les urgentistes (services des urgences et SAMU) et les services priorités.

2.2. Facteurs clés de succès identifiés par les acteurs :

Ces parcours ont vocation à s'appuyer sur :

- Un diagnostic partagé portant notamment sur les données sur les hospitalisations après passages aux urgences des personnes âgées ;
- La mise en œuvre des trois fonctions clés par les établissements de santé en co-construction sur les territoires avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les structures d'exercice de soins coordonnés ambulatoires et les EHPAD et le SAMU-Centre 15 (protocoles communs, outils de coordinations partagés, etc) ;
- Des outils de coordination des parcours de soins ville-hôpital-médico-social en lien avec le SAMU notamment les outils numériques e-parcours et le futur service d'accès aux soins (SAS) ;
- Une coopération territoriale au sein des groupements hospitaliers de territoire (GHT) mais également avec les établissements du territoire, notamment ceux de la filière gériatrique ;
- L'intégration de ces organisations dans les projets médicaux et la gouvernance administrative des établissements financés (gestion médicale, des séjours et administrative et système d'information) ainsi que dans la démarche qualité et de gestion des risques.

Pour aider le développement de cette mesure, un document support présentant les fonctions clés du parcours d'admissions directes est joint en annexe 1.

Egalement, un document cadre joint en annexe 2 a été élaboré à l'attention CPTS sur lesquelles repose l'appui et la coordination des médecins libéraux. Il est issu d'un travail des représentants des médecins libéraux avec des CPTS et a vocation à être évolutif.

A compter de 2021, la nouvelle certification des établissements de santé intègre un critère spécifique aux patients âgés (critères 3.1-06) portant sur la prévention des passages évitables des personnes âgées aux urgences générales au travers de protocoles médicaux et soignants et d'organisations pour une admission directe des personnes âgées en provenance du domicile ou des EHPAD éligibles en service hospitalier ou unité de gériatrie aigüe.

2.3. Financement et suivi

Cette mesure a fait l'objet de financements dédiés lors des premières circulaires budgétaires des établissements de santé 2020 et 2021 ci-dessus référencées.

Dès cette première phase de construction des parcours et en prévision de la mise en œuvre de l'incitation « admissions directes non programmées des personnes âgées », les crédits, alloués en crédits d'aides à la contractualisation (AC), **ont vocation à faire l'objet d'un suivi sur le plan budgétaire.**

En effet, contrairement aux missions d'intérêt générales (MIG), il n'existe pas de liste officielle de crédits AC. Aussi, pour mettre en œuvre ce suivi, il vous est demandé de codifier votre acte de délégation dans HAPI « **Pacte urgences – Admissions directes personnes âgées** ». L'engagement de crédits sous cette nomenclature permettra de disposer en lecture directe des sommes allouées et de la liste des établissements ayant bénéficié d'un soutien financier.

Début 2022, **un recueil d'information** des admissions directes non programmées sera effectif au sein du programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie et obstétrique (PMSI MCO) (notice disponible sur le site de l'ATIH <https://www.atih.sante.fr/admissions-directes-non-programmees-adnp> avec une adresse dédiée). Ce recueil constitue la **base de l'incitation financière** qui sera mise en œuvre à partir de 2023.

Afin d'accompagner cette démarche progressive, **une analyse du potentiel de développement des admissions directes non programmées des personnes âgées** va être mise à disposition, d'une part des ARS, d'autre part des établissements de santé via l'ATIH, pour ces derniers en janvier 2021.

3. La mise en place d'un bilan annuel

Afin de capitaliser sur les démarches entreprises, un bilan annuel est mis en place en complément de l'indicateur du Ségur de la santé portant **sur le nombre d'établissements financés et engagés dans un parcours d'admissions directes des personnes âgées**, dans une triple perspective :

- Appréhender les projets régionaux qui se construisent au fur et à mesure ;
- Suivre l'allocation en région des enveloppes déléguées ;
- Envisager l'accompagnement des projets et anticiper la mise en place du dispositif d'incitation financière.

Le format de ce reporting annuel, sous la forme de tableau Excel, est joint en annexe 3 de la présente instruction. Ce tableau comporte un premier onglet de synthèse régionale et un second onglet portant sur les projets financés.

Ce bilan porte notamment sur la démarche régionale d'engagement ou de soutien en termes :

- De modalités mises en oeuvre (feuille de route/appel à projet/critères d'allocation) ;
- De priorisation (construction à partir des établissements avec un service des urgences ou autour des filières gériatriques par exemple) ;
- D'articulation avec les autres mesures du pacte de refondation des urgences ;
- De montant de crédits délégués ainsi que l'objet de ces délégations ;
- D'indicateurs retenus.

Vous pouvez joindre à ce bilan des documents récapitulant votre démarche régionale ou des projets que vous jugez particulièrement exemplaires ou innovants.

Ce bilan doit permettre également de remonter les difficultés spécifiques liées à la mise en œuvre de cette mesure (hors contexte sanitaire) auxquelles vous pouvez être confrontés.

Il fera l'objet d'une restitution nationale.

Le retour d'un premier bilan pour les années 2020 et 2021 est attendu pour le 11 février 2022 à l'adresse DGOS-R4@sant.gouv.fr.

Je vous saurai gré de nous tenir informés de toutes difficultés dans la mise en œuvre de la présente instruction. Les équipes de la DGOS se tiennent à votre disposition pour tout complément d'information.

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 1 : Fonctions clés du parcours d'admissions directes non programmées des personnes âgées en service d'hospitalisation

Préliminaire :

La mesure 5 du pacte de refondation des urgences poursuit l'objectif de structurer des parcours d'admissions directes en service d'hospitalisation des personnes âgées afin de limiter les passages aux urgences évitables (reprise lors du Ségur de la santé).

Les besoins auxquels il est répondu

La structuration de parcours d'admission directe vise à apporter une réponse à une indication d'hospitalisation non programmée portée par un médecin pour une personne âgée dont la situation clinique ne nécessite pas le recours au service d'accueil des urgences. Le public cible est celui des personnes âgées de 75 ans et plus.

Pour les personnes âgées et leur entourage, l'admission directe constitue une réponse rapide et pertinente à un besoin de soins hospitaliers urgents permettant d'éviter le passage par le service d'accueil des urgences lorsque celui-ci n'est pas nécessaire et reposant sur les professionnels de santé de proximité et une coordination effective et de qualité avec les professionnels des services hospitaliers.

Les médecins de premier recours ou les spécialistes de second recours disposent d'un réseau pour faire admettre leurs patients âgés en service hospitalier construit dans le cadre de leur exercice quotidien. Selon la situation (clinique, personnelle) du patient, les services concernés peuvent relever de l'hôpital de proximité jusqu'à l'établissement de santé de 3^{ème} recours. L'objectif de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences est de faciliter pour les médecins la prise en charge de leurs patients (admissions et continuité du projet de soins) par la construction d'un parcours cadre.

De même, nombre de services hospitaliers disposent d'un accès direct pour les patients fondé sur l'interconnaissance, la construction d'un « réseau » avec leurs confrères de médecine de ville. Certains établissements de santé ont, par ailleurs, pu mettre en place des éléments facilitant sans pour autant structurer de parcours ou le rendre suffisamment lisible pour les médecins traitants.

Dès 2007, les filières gériatriques à destination des personnes âgées polypathologiques à risque de perte d'autonomie, ont intégré la nécessité d'organiser les admissions directes en services de court séjour gériatrique sans que cette structuration soit toujours effective, utilisée ou efficiente. L'objectif de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences est de renforcer la structuration des admissions directes non programmées au sein des filières gériatriques.

En outre, **concernant les résidents des EHPAD**, des collaborations structurelles avec les établissements de santé ont été renforcées (cf. instruction DGCS/DGOS du 27 décembre 2017 sur la démarche de coopération renforcée), incluant les admissions directes en service d'hospitalisation. La crise sanitaire a contribué à renforcer ces liens. L'objectif de la mesure 5 est de faciliter les admissions directes en les outillant dans le cadre de ces collaborations renforcées.

Enfin, les SAMU-Centre-15 reçoivent des appels de personnes âgées ou de leur entourage pour lesquels la porte d'entrée d'une hospitalisation implique, hors envoi de la structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), une orientation vers les services des urgences. L'objectif de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences est de développer dans le cadre de l'expérimentation du services d'accès aux soins (SAS) la possibilité du recours à un accès d'hospitalisation directe via la hotline téléphonique hospitalière.

Cependant, cette problématique dépasse l'accueil en service de court séjour gériatrique, les besoins d'hospitalisation des personnes âgées concernant tous les services. Cette mesure a vocation à concerner tous les services des établissements de santé accueillant des personnes âgées.

L'enjeu porte sur la proposition **d'une prise en charge à part entière** et non seulement une option offerte à une demande de soins non programmés, dans le cadre **d'un parcours structuré et organisé reposant sur :**

- La définition d'éléments de processus clés dans la coordination ville-médico-social hôpital et dans l'organisation de l'établissement de santé ;
- La définition de règles d'orientation afin d'éviter des pertes de chance ;
- L'élaboration de chemins cliniques pour les motifs les plus fréquents de recours ;
- Une analyse des pratiques et une démarche qualité et de gestion des risques ;
- Une sensibilisation et une communication forte.

Ce parcours nécessite un lien étroit et un engagement commun entre les établissements de santé, les professionnels de santé de ville et du secteur médico-social.

Eléments d'analyse

Analyse des parcours actuels des personnes âgées passant par les services d'urgences (SAU)

- 56% des séjours hospitaliers des personnes âgées de 75 ans et plus sont effectués après un passage dans un SAU (étude Urgences – DREES).
- 46% des patients sont arrivés au SAU après avoir eu un contact avec un médecin (dans 4 cas sur 5 avec leur médecin traitant) et 10% avaient une lettre d'adressage pour le SAU.
- 75% viennent de leur domicile et 11% d'une institution (structure médico-sociale).
- 80% sont venus aux urgences dans la journée (8-20H).
- 46% sont arrivées aux urgences via un transport sanitaire (taxi ou ambulance).
- 50% des personnes âgées ont cumulé 3 examens (de biologique, d'imagerie) au SAU.
- 68% des hospitalisations ont lieu en service de médecine et 21% en chirurgie.
- Outre les facteurs personnels (état de santé, conditions de vie (isolement, ressources financières)) du patient âgé, l'organisation du système de santé est un facteur associé aux passages aux urgences des personnes âgées et notamment de manière significative l'accessibilité et la disponibilité des médecins traitants et la proximité du SAU du domicile de la personne âgée.

Les fonctions-clés communes

Objectif : décrire les fonctions qui contribuent à la structuration des parcours d'admissions directes non programmées des personnes âgées.

« Les fonctions clés consistent en des leviers particuliers, des éléments de processus, des conditions d'application observées de façon récurrente comme associées à l'efficacité d'un dispositif quel qu'il soit. Les organisations-cibles sont à construire à partir d'une combinaison de ces fonctions-clés qui peuvent se décliner de façon différentes selon les contextes locaux et les besoins individuels. Les organisations doivent pouvoir s'adapter pour s'intégrer aux autres organisations présentes sur le territoire. » – HCAAM – La prévention dans le système de soins - Avis mai 2018.

Les parcours d'admissions directes non programmées doivent pouvoir s'adapter aux personnes âgées qu'elles soient au domicile, résidents en EHPAD ou dans d'autres structures médico-sociales. Ils doivent également pouvoir s'adapter aux différents besoins de soins quel que soit le niveau de recours de soins hospitaliers (gradation des soins).

Ces parcours reposent sur les trois fonctions clés suivantes :

Première fonction-clé: Une fonction d'interface entre le milieu de vie de la personne (son environnement immédiat) et l'établissement de santé.

Cette fonction peut être appréhendée du point de vue du répondant et du requérant :

Du point de vue du répondant

Fonction clé d'interface : engagements du répondant		
Etre en capacité de répondre	Etre en capacité d'échanger sur la situation d'un patient, s'accorder sur le besoin d'une hospitalisation directe dans les 48H et sinon être en capacité d'apporter une autre réponse	Etre en capacité d'assurer une organisation de l'admission directe d'un patient avec un service hospitalier

Cette fonction d'interface repose sur 3 capacités du répondant :

1^{ère} capacité : Etre en capacité de « répondre » à une demande d'hospitalisation

Moyens : un numéro unique d'appel téléphonique visible dédié aux demandes des médecins (éventuellement formulées par le biais d'une messagerie sécurisée ou par télémedecine), ce numéro mutualisé « plateforme » peut être géré au niveau d'un établissement, ou être géré au niveau d'un ensemble d'établissements sur un territoire donné qu'il soit du GHT, du secteur privé ou d'une filière de soins (ex au niveau d'une filière gériatrique).

Intervenant(s) : une plateforme de réception des appels impliquant obligatoirement un praticien « référent » répondant au médecin appelant et un IDE.

Modalités : une réponse accessible aux heures et jours ouvrables des cabinets de ville de 9H à 18H, jusqu'à 20H en fonction des établissements.

Outils : intégration de la fonctionnalité dans les outils numériques en conception entre les acteurs du parcours (e-parcours) et le SAS.

2^{ème} capacité : Etre en capacité d'échanger sur la situation d'un patient, s'accorder sur le besoin d'une hospitalisation directe dans les 24H et sinon être en capacité d'apporter une réponse qui peut être plus adaptée (conseils, consultation, HDJ, envoi d'une équipe mobile, orientation vers une réponse sociale ou médico-sociale ou une admission directe). Cette réponse contribue de manière globale, sauf situation clinique le requérant, à éviter le passage par le SAU (démarche clinique).

Moyens : échange téléphonique et/ou numérique.

Intervenants : le praticien répondant au médecin appelant.

Modalités : idem précédent.

Outils : feuille de liaison d'urgence (DLU EHPAD et DLU domicile).

DMP.

3^{ème} capacité : Etre en capacité d'assurer une organisation de l'admission dans un service hospitalier.

Démarche organisationnelle : connaissance des lits disponibles et du délai d'admission afin de communiquer au médecin requérant la date, l'heure et le lieu de l'hospitalisation, ainsi que les éléments essentiels des modalités d'admission (Cf. fonction-clé n°2). L'infirmier appelle le patient et/ou la structure pour préciser les horaires et communiquer les modalités d'admission.

Moyens : accès à la disponibilité des lits et échange ; plateforme téléphonique.

Intervenants : un infirmier /cadre reposant sur un infirmier de coordination formé afin de préparer l'admission directe non programmée à la suite de l'échange entre médecins ou possiblement le praticien répondant au médecin appelant.

Outils : outils de connaissance de la disponibilité des lits/ROR/outils e-parcours.

Du point de vue de l'appelant

Cette fonction d'interface repose en miroir sur 3 capacités de l'appelant :

Fonction clé d'interface : engagements du requérant		
Etre en capacité d'appeler et décrocher lors d'un rappel de l'interface	Etre en capacité d'échanger sur la situation du patient	Etre en capacité d'organiser l'arrivée sur le lieu d'hospitalisation et de garantir la transmission d'informations sur le patient

1^{ère} capacité : Etre en capacité d'appeler et de répondre à l'interface (pour apporter la réponse à une proposition de date et horaire de l'admission ou l'entente sur une autre solution).

Moyens : échange téléphonique et/ou numérique.

Intervenants : médecin de premier recours/spécialiste de second recours/SOS médecins/médecins coordonnateurs d'un EHPAD– médecin du SAMU (*correspondant du SAS*).

Modalités : heures et jours ouvrables des cabinets de ville de 9H à 19H.

Outils numériques : en conception entre les acteurs du parcours (e-parcours).

2^{ème} capacité : Etre en capacité d'échanger sur la situation du patient.

Moyens : échange téléphonique et/ou numérique.

Intervenants : médecin de premier recours/spécialiste de second recours/SOS médecins – correspondant du SAS.

Modalités : heures et jours ouvrables des cabinets de ville de 9H à 18H

Outils numériques : en conception entre les acteurs du parcours (e-parcours).

3^{ème} capacité : Etre en capacité d'organiser l'arrivée sur le lieu d'hospitalisation et de garantir la transmission d'informations sur le patient.

Rappel du patient et transmission des informations sur les modalités de son admission.

Transmission au service hospitalier :

- DLU-FLU.
- DMP : lettre d'adressage.
- Bon de transport si nécessaire.

Deuxième fonction-clé : une fonction d'intégration des admissions directes non programmées dans le processus de soins de l'établissement de santé avec la personne âgée et son milieu de vie

Cette fonction-clé d'intégration se situe à un double niveau :

Au niveau de la gestion des établissements

1^{ère} capacité : Etre en capacité d'intégrer des admissions directes non programmées dans le processus de gestion des flux et des soins non programmés et de la qualité des pratiques des établissements de santé.

Cette intégration comprend notamment :

- L'estimation du volume de séjours concernés des patients âgés hospitalisés directement de manière non programmée à partir d'un médecin demandeur et du potentiel d'évolution ;
- L'estimation du besoin journalier de lits (Besoins journalier moyen en lits - BJML) pour ces admissions parmi les besoins de soins non programmés des établissements : estimation du volume afin d'éviter les conflits de priorité ;
- La gestion des lits disponibles permettant ces hospitalisations : besoin intégré dans les cellules de gestion de lits afin d'éviter les conflits de priorité ;
- L'estimation de la durée prévisionnelle des séjours concernés ;
- L'organisation administrative des admissions des patients. ;
- Les outils SI de l'établissement de santé en lien avec la médecine de ville et le secteur médico-social ;
- L'analyse des pratiques de soins.

Outils mis en place dans les établissements et les territoires dans le cadre de la gestion des séjours et des soins non programmés.

Outils d'analyse du potentiel d'évolution de ces prises en charges directes non programmées.

Implique : les cellules et gestionnaires de lits, le service des admissions et les responsables des services (y compris des plateaux techniques) et la commission des relations avec les usagers.

Au niveau des activités de soins

2^{ème} capacité : Etre en capacité d'organiser des admissions directes non programmées adaptées au public des personnes âgées dans les services d'hospitalisation.

Cette organisation comprend :

- L'adaptation de l'organisation des services d'hospitalisation pour recevoir les patients venant directement de leur domicile (ou de son substitut) et nécessitant des soins urgents et organiser le recours aux bilans nécessaires.
- L'organisation des plateaux techniques de biologie et d'imagerie pour permettre la réalisation rapide des bilans non programmés hors passage par le SAU et en tenant compte des spécificités de la prise en charge des personnes âgées.
- L'organisation de l'accès et de l'accompagnement au plateau technique pour les bilans (besoin de coordination spécifique).
- L'anticipation de la sortie et sa préparation avec les acteurs de proximité (besoins de coordination impératif – aval à anticiper).
- L'adaptation de la prise en soins à une population âgée à risque de perte d'autonomie et notamment très âgée, prévoyant, selon l'activité de soins, l'organisation d'un recours possible à l'expertise gériatrique (recours à une équipe mobile de gériatrie (EMG), recours à un gériatre, etc.).

Personnel : un personnel du service de soins assurant la coordination de cette admission est identifié pour assurer les fonctions liées à cette organisation.

Troisième fonction clé : fonction de construction et d'analyse partagée de ce parcours spécifique.

Capacité : Etre en capacité de construire, de suivre le développement et d'analyser la bonne mise en œuvre de ce parcours entre les médecins de ville, les professionnels des EHPAD et les établissements de santé.

Cela implique de pouvoir :

- Analyser conjointement à priori les orientations souhaitables, les indications possibles, les potentiels ;
- Analyser a posteriori le recours à cette prise en charge, les pratiques de prise en charge ainsi que les incidents éventuels ;
- Sensibiliser et communiquer sur ce parcours (professionnels, personnes âgées et entourage) ;
- Evaluer la satisfaction de la personne âgée et de son entourage.

Moyens :

Conventions de coopération renforcée entre ES et EHPAD et CPTS.
RETEX communs.

Les facteurs de réussite identifiés liés à la mise en œuvre de ces fonctions clés sont les suivants

1. La définition de feuilles de route au niveau des territoires pour privilégier des projets territoriaux avec un coordonnateur impliquant les établissements de santé avec des services des urgences mais aussi en aval de ces derniers ou recevant des personnes âgées en non programmé. Le recours aux groupements hospitalier de territoire (GHT) (filière et population spécifiques), tout en en y associant les établissements privés.
2. Une gouvernance au niveau des établissements de santé s'appuyant sur les instances de gouvernance existantes tout en désignant un référent médical et un référent administratif afin de constituer une chefferie de projet.
3. Une implication sur ces territoires des CPTS ou autres structures d'exercice coordonnées.
4. Une co-construction impliquant :
 - a. Un diagnostic partagé à partir d'une analyse des hospitalisations des personnes âgées après passages aux services des urgences entre les établissements de santé avec services des urgences, avec les CPTS, les EHPAD et le SAMU-Centre 15.
 - b. L'identification des situations et des motifs susceptibles de passer en admission directe non programmée en substitution de passage aux urgences et les établissements et services receveurs.
 - c. Des protocoles de soins partagés médecine de ville-EHPAD-hôpital pour ces admissions spécifiques, également partagés avec les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes.
5. Une priorisation des filières de soins pour la mise en œuvre de ces parcours entre établissements de santé d'un territoire avec les adresseurs ainsi qu'avec le service des urgences (la priorisation de la filière gériatrique a été identifiée comme prioritaire par les ARS) et une extension progressive à d'autres filières de soins. Cette priorisation des services concernés permet d'identifier les organisations spécifiques, les protocoles de soins nécessaires, les formations si besoins, à mettre en place.
6. L'accès en non programmé aux plateaux techniques d'imagerie et de biologie particulièrement sollicités lors d'une hospitalisation non programmée des personnes âgées, à partir des demandes des services d'admissions concernés (élaboration de protocoles).
7. L'existence d'une gestion des séjours et d'une vision de la disponibilité des lits au niveau de chaque établissement de santé, et de préférence au niveau territorial entre plusieurs établissements de la filière de soins prise en compte dans le besoin journalier en lit (BJML).
8. La capacité de mobiliser en non programmé d'autres solutions que l'hospitalisations à temps complet : hospitalisation de séjour en non programmé (bilan par exemple) ou consultations dans les 48H.
9. L'explicitation aux personnes âgées et à leur aidant, le cas échéant, d'une admission différée dans les 48H, de leur organisation (jour et heure d'arrivée à l'hôpital), de ce qui est mis en œuvre dans l'attente et l'appui à l'organisation du transport vers l'établissement de santé.
10. La prise en compte de ces admissions spécifiques dans les outils numérique e-parcours (lien adresseur receveur) et le système d'information hospitalier (mention dans le dossier médical informatisé de l'établissement, logiciel d'admissions et de gestion des séjours).
11. La prise en compte de ces prises en charge au sein des projets médicaux et de la gouvernance administrative des établissements ainsi que dans la démarche qualité et de gestion des risques.

Annexe 2 - Document « cadre » : parcours d'admissions directes non programmées des personnes âgées en service d'hospitalisation - Organisation des soins de ville

Contexte général : Le pacte de refondation des urgences

MESURE 5 | GENERALISER DES PARCOURS DEDIES AUX PERSONNES AGEES POUR EVITER LES URGENCES

L'organisation des admissions directes en service hospitalier depuis le domicile ou un EHPAD constitue un levier puissant. Pour fonctionner, **cette organisation doit permettre à des médecins de ville de bénéficier facilement et rapidement d'un avis médical hospitalier en vue de décider et d'organiser l'accueil des patients âgés directement dans les services de soins.**

Des moyens nouveaux seront donc versés aux hôpitaux qui organiseront ce parcours structuré de qualité, avec une équipe hospitalière en charge d'assurer cet accueil direct dans de bonnes conditions.

Outre l'adhésion des médecins libéraux et l'engagement des établissements de santé – incluant l'hospitalisation à domicile (HAD) – cette organisation doit également prévoir un accès rapide aux plateaux techniques lors de l'admission. La régulation du SAMU doit aussi y être impliquée.

Pour les personnes âgées et leur entourage, l'admission directe constitue une réponse rapide et pertinente à un besoin de soins hospitaliers urgents permettant d'éviter le passage par le service d'accueil des urgences lorsque celui-ci n'est pas nécessaire. L'objectif **de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences est de garantir aux personnes âgées et leur entourage un accès rapide à une prise en charge en service hospitalier sans passer par les urgences lorsqu'elles sont évitables**¹. Elle nécessite d'associer étroitement les professionnels de santé de proximité et une coordination effective et de qualité avec les professionnels des services hospitaliers.

Les médecins généralistes ont des référents au sein des établissements de santé de proximité. Cependant cette possibilité de contact direct est souvent moindre dans les centres hospitaliers de taille plus importante et plus éloignés. Le maillage entre la médecine de ville et les établissements de santé s'est érodé au fil du temps et l'enjeu est, au travers de cette mesure 5 du pacte de refondation des urgences, de contribuer à le recréer.

La communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) doit être un vecteur : il faut rendre visible et utilisable les interfaces et les protocoles ville/hôpital. Il faut habituer les établissements de santé à dialoguer et conclure des partenariats avec une organisation des professionnels de santé de l'ambulatoire et pas seulement de pair à pair.

Les besoins des CPTS

Quels besoins des CPTS pour la demande d'appui ?

- 1. Un numéro d'appel unique et clairement identifié*
- 2. Un référent directement joignable*
- 3. Une organisation intra hospitalière et en ville commune pour une prise en charge rapide et optimale, intégrant l'accès à des bilans rapides en non programmé, organisés et hiérarchisés, et pour anticiper la sortie de l'établissement de santé et le retour à domicile ou en structure d'hébergement.*

¹Fonctions clés du parcours d'admissions directes non programmées des personnes âgées
Un travail initié par la CPTS du Boischaut Nord

1. Un numéro d'appel unique et clairement identifié

Les médecins généralistes ont peu de temps dans leur journée de travail pour les démarches administratives. Le temps passé au téléphone est très important pour les médecins avec une perte de temps pour trouver le bon interlocuteur. Souvent, les numéros communiqués aux médecins de ville sont les numéros des secrétariats, et sont aussi les numéros communiqués aux patients.

Besoin : avoir un numéro d'appel unique (par centre hospitalier quand c'est un hôpital de proximité, par services quand Centre Hospitalier ou CHU/CHR), uniquement accessible aux médecins.

- Numéro d'appel unique
- Ou numéro d'appel par service (annuaire séniorisé)
- Sur une plage horaire de 10h-17h/18h sans rupture entre 12h et 14h

Remarque : sur la question des plages horaires, en général, les visites à domicile se font le matin ou en début d'après-midi : la demande d'hospitalisation arrive par la suite, rarement en soirée. Si la demande intervient après 18h, c'est plutôt de l'urgence vitale.

2. Un référent directement joignable

En corrélation avec le numéro d'appel unique, les médecins généralistes ont besoin d'un interlocuteur/un référent identifié sous ce numéro.

Qui décroche ? (à définir par chaque établissement)

- Médecin
- Cadre de service
- IPA (Infirmière en pratiques avancées)
- Coordinateur de parcours

De plus, pour faciliter le lien entre médecins, des outils peuvent se mettre en place afin de fluidifier la mise en relation des médecins de ville avec les médecins hospitaliers. C'est ce qu'a mis en place le CHU de Tours avec la création d'un annuaire séniorisé.

Exemple de l'annuaire seniorisé du CHU de Tours / CPTS du 37



Communiqué de presse,
le 4 avril 2019

SIMPLIFIER LA COMMUNICATION ENTRE LES MEDECINS DE LA REGION ET LEURS CONFRERES HOSPITALIERS : UN ENJEU MAJEUR POUR LES PATIENTS **LE CHU DE TOURS LANCE UN ANNUAIRE SENIORISE ET UN NUMERO CANCER**

Le CHU de Tours lance son application gratuite « Annuaire seniorisé » à destination des professionnels de santé de ville. L'objectif est que ces derniers disposent, via cette application mobile verrouillée, des numéros de leurs confrères « seniors » au CHU, afin de les joindre plus facilement.

Le CHU lance aussi son « Numéro Cancer » afin de faciliter l'orientation du patient.

UN ANNUAIRE SENIORISE

Au cours de leurs échanges au fil de l'année 2018, l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) des médecins libéraux et l'Ordre des médecins et les médecins hospitaliers de la région et du Groupement Hospitalier de Territoire Touraine-Val de Loire ont manifesté leur souhait et leur besoin de renforcer les liens avec les praticiens du CHU de Tours.

GARANTIR DES CONTACTS EFFICACES ENTRE MEDECINS, DANS L'INTERÊT DU PATIENT

Pour faciliter les échanges avec les médecins et les patients, le CHU est déjà engagé avec volontarisme dans l'usage du Dossier Médical Partagé et de la Messagerie Sécurisée de Santé.

Conscient de la nécessité de garantir des contacts efficaces entre médecins, dans l'intérêt du parcours de soin et de la qualité de la prise en charge des patients, le CHU a souhaité mettre en place un annuaire téléphonique seniorisé.

La nécessité de joindre facilement un praticien « senior » du CHU, afin de demander un avis spécialisé sur un cas précis, était en effet citée de façon récurrente comme une action prioritaire à mener.

Cet annuaire permettra aux médecins de ville (médecins libéraux et d'autres établissements de la Région Centre-Val de Loire) :

1. de disposer d'un numéro de téléphone par service de soins du CHU : à ce numéro, un senior sera facilement joignable, selon les modalités horaires pertinentes au regard de l'activité du service ;
2. de disposer d'informations institutionnelles spécifiquement dédiées.

LE LANCEMENT D'UNE APPLICATION MOBILE

Aussi, le CHU de Tours lance un annuaire seniorisé, gratuit, accessible à partir d'une application mobile verrouillée par des identifiants.

La construction et l'architecture de cette application ont mobilisé des praticiens du CHU de Tours, du GHT Touraine-Val de Loire et de l'URPS, afin que son ergonomie permette à tout utilisateur d'avoir un accès facilité et rapide à l'information recherchée.

.../...



Ce nouveau dispositif inclut des outils d'évaluation. Chaque praticien de ville pourra ainsi indiquer de manière très rapide si l'application lui a permis de joindre l'interlocuteur recherché. Le CHU pourra le faire évoluer au fur et à mesure de son utilisation pour répondre toujours mieux aux besoins des praticiens du territoire et du CHU. Cette application intégrera également des informations institutionnelles spécifiquement dédiés aux praticiens de ville.



Etapes à suivre pour installer l'Annuaire seniorisé

1

Téléchargez l'application « **CHRU Tours Pro** » sur votre smartphone



2

Renseignez votre **numéro RPPS** sans le chiffre mentionné en préfixe (soit 11 chiffres) ainsi que la **date d'expiration** (format : mm/aa) qui figurent sur votre carte CPS (si la date n'y figure pas, sachez que votre carte est valable 3 ans)

3

Renseignez le **code à usage unique** du CHRU de Tours, qui est : **CHRU37!**

4

Il ne vous reste plus qu'à créer un mot de passe personnel et répondre aux questions de sécurité

L'équipe du CHRU de Tours vous remercie !

Un travail initié par la CPTS du Boischaut Nord

3. Une organisation intra hospitalière et en ville commune pour une prise en charge rapide et optimale

Afin que cette organisation de parcours d'admissions directes se mette en place, une organisation des CPTS et une organisation intra hospitalière est nécessaire.

Tout d'abord, il faut prendre en compte la notion d'échelle territoriale pertinente. En effet, sans une échelle territoriale pertinente, l'organisation sera mise en échec.

De plus, cette réflexion sur les entrées doit être concomitante avec celle sur les sorties (en termes de protocoles, outils numériques utilisés etc.).

La réflexion sur l'entrée doit prévoir des alternatives : l'accès à des bilans ou des consultations en non programmé (en intégrant des échanges sur la priorisation de ces bilans).

Un lien avec le DAC et les filières gériatriques en cours doit être fait afin d'avoir des protocoles coconstruits afin de travailler en amont sur les prises en charge et l'accompagnement à domicile et ainsi éviter les hospitalisations pour des motifs « sociaux ».

Conditions :

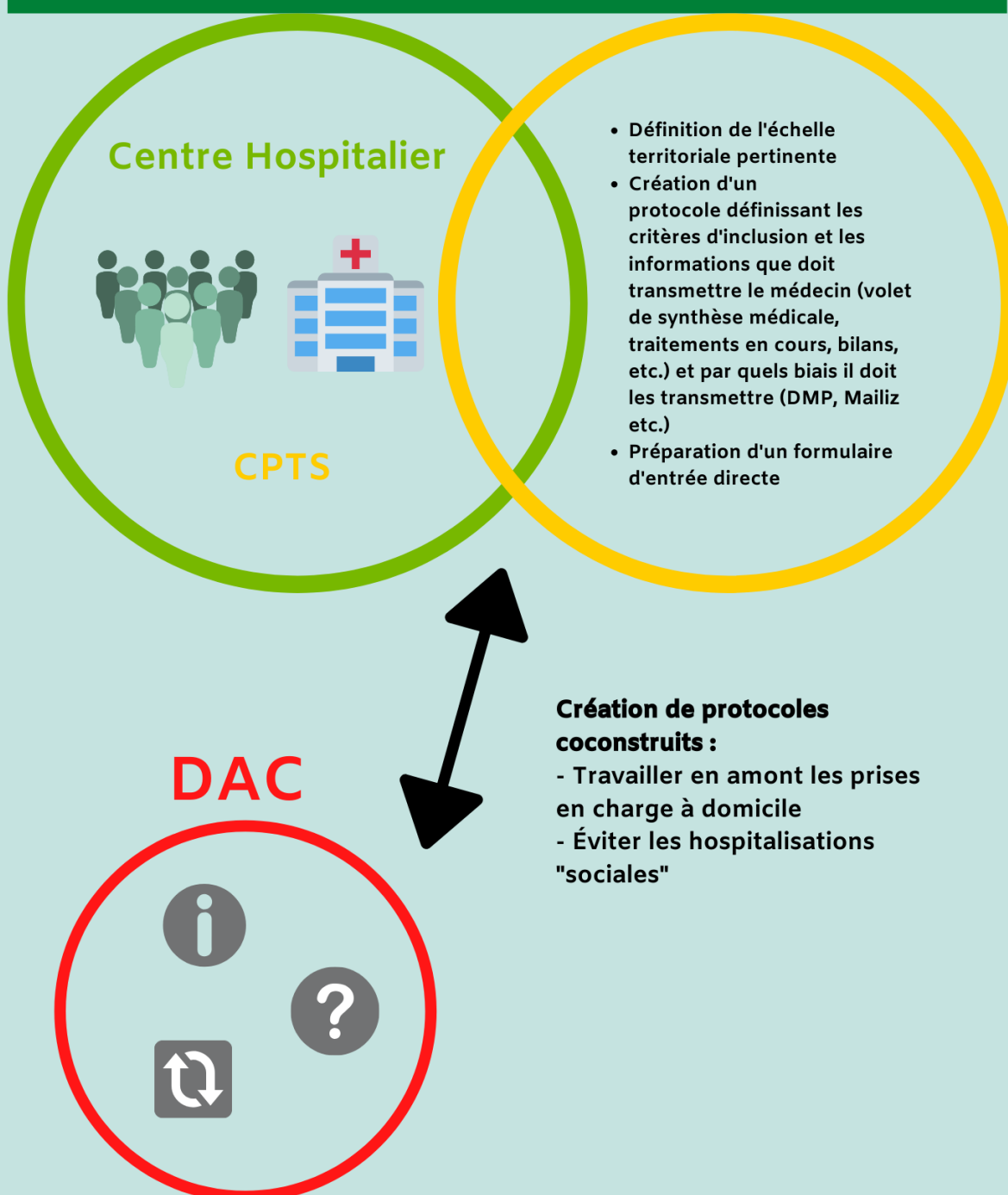
- Obligatoirement un médecin qui demande l'hospitalisation directe.
- Comment est évaluée la demande ?
 - ➔ Critères d'inclusion
 - ➔ Un protocole : les informations que doit transmettre le médecin (volet de synthèse médicale, traitements en cours, bilans, etc.) et par quels biais il doit les transmettre (DMP, Mailiz etc.)
 - ➔ Avec **l'identification de l'équipe de soins traitante** afin d'anticiper la sortie et la prise en charge à domicile.

Cela nécessite la préparation d'un **formulaire d'entrée directe** et la définition du protocole qui en découle (propres à chaque territoire en fonction de ses spécificités).

Les modes de diffusion de l'information (par fax, messagerie sécurisée, DMP, outil e-Parcours etc.) seront également à définir.

En amont de la demande, la constitution d'un dossier médical apparaît nécessaire avec les informations suivantes : VMS, dernières biologies/radios, prescriptions en cours.

**Parcours d'admissions directes non programmées des
personnes âgées en service d'hospitalisation
Parcours Ville/Hôpital
Schéma organisationnel (en amont de la phase opérationnelle)**



Parcours d'admissions directes non programmées des personnes âgées en service d'hospitalisation

Parcours Ville/Hôpital Schéma opérationnel

1



Médecin généraliste



**Appel pour
hospitalisation
directe :**

N° unique sur plage
horaire de 10h à
17/18h sans
interruption



Centre Hospitalier

2



**Organisation du décroché
(qui décroche ?) :** Médecin,
cadre, IPA, Coordinateur de
parcours ...

Réponse dans l'heure



Formulaire d'entrée d'hospitalisation
avec identification de l'équipe de
soins traitante **et constitution du**
dossier médical (VMS, dernières
biologies/radios, prescriptions)

3



**Hospitalisation du patient
dans les 48 heures**

Annexe 3 : Etat des lieux de l'allocation aux Agences régionales de santé (ARS) des mesures nouvelles 2020 et 2021 – admissions directes des personnes âgées

Onglet Synthèse régionale 2020-2021	
Colonne A :	Région Indiquer la région concernée
Colonne B :	Mode d'allocation de l'enveloppe au niveau de la région (feuille de route, AAP-application de critères) Visé à renseigner le mode de sélection des ES financés : par AAP, par application de critères comme le taux de passage aux urgences des PA de +75 ans, autre : mixage des deux ou autre méthode
Colonne C :	Modalités régionales de déploiement de la mesure en 2020 Visé à renseigner si le projet régional a entendu cibler un type de filière de soins (ex: filières gériatriques), un type d'ES (ES avec SU sans autre ciblage), les ES d'un territoire
Colonne D :	Modalités régionales de déploiement de la mesure en 2020-2021 Visé à renseigner si le projet régional a entendu cibler un type de filière de soins (ex: filières gériatriques), un type d'ES (ES avec SU sans autre ciblage), les ES d'un territoire
Colonne E :	Territoires couverts Visé à renseigner si l'ARS a choisi des projets sur toute la région ou des territoires ciblés (GHT, autre)
Colonne E :	Montants délégués au 31.12.2021 Si absence de délégation 2021 : date prévisionnelle de délégation des montants
Colonne F :	Lister les indicateurs fixés dans le cadre de la démarche régionale
Colonne G :	Nombre d'ES financés (ES entité géographique) Si un ES financé au titre d'un projet impliquant plusieurs ES, renseigner le nb total d'ES
Colonne H :	Difficultés rencontrées dans la mise en oeuvre de la mesure (hors contexte Covid)
Colonne I :	Nom des projets exemplaires ou innovants - Merci de joindre au fichier excel les projets exemplaires

Onglet projets financés 2020-2021	
Colonne A :	Projet Indiquer le nom du projet décrit (peut concerner un ES seul ou un groupe d'ES avec ou sans pilote)
Colonne B :	Territoires couverts Décrire le territoire concerné (région, départements, territoire de santé,)
Colonne C :	Montant délégué au 31.12.2020 (si projet comportant une délégation à un ES "porteur/pilote" qui peut être ensuite partagée, n'indiquer que le montant délégué à l'ES pilote)
Colonne D :	Critère d'allocation des crédits délégués
Colonne E :	Montant délégué au 31.12.2020 (si projet comportant une délégation à un ES "porteur/pilote" qui peut être ensuite partagée, n'indiquer que le montant délégué à l'ES pilote)
Colonne F :	Critère d'allocation des crédits délégués
Colonnes : G,H,I,J,K :	Objets du financement des projets: Visé à indiquer la part des financements par destination (cf circulaire C1) Gestion de projet et construction des parcours Renfort RH : pour la hotline à destination des médecins de ville ou des EHPAD ; pour l'organisation des services hospitaliers ou des plateaux techniques en soins non programmés des personnes âgées, EMG et expertise gériatrique en ES ou SAMU Outils numériques : e-parcours ou outils hospitaliers, dossier médical patient informatisé
Colonne L :	Quelles articulations avec les autres mesures du pacte de refondation des urgences comme la mesure 3 (SAS) / mesure 12 (gestion des lits), autres ?
Colonne M :	Les projets décrits prévoient il de recueillir les admissions directes non programmées des PA ? Oui/non, et si oui selon quelles modalités ?
Colonne N :	Indiquer la liste des FINESS géographiques des ES financés (si projet comportant une délégation à un ES "porteur/pilote" qui peut être ensuite partagée, n'indiquer que le FINESS de l'ES pilote)

Admissions directes des personnes âgées - Mesure 5 du pacte de refondation des urgences -Ségur de la santé-2021

Dotation national déléguée :

Synthèse régionale

[illegible]

Remontée des projets - admissions directes des personnes âgées - Mesure 5 du pacte de refondation des urgences -Ségur de la santé

[illegible]

Haute Autorité de santé

Décision n° 2021.0300/DP/SG du 20 décembre 2021 de la présidente de la Haute Autorité de santé portant délégation de signature (Mission expertise)

NOR : HASX2130553S

La présidente de la Haute Autorité de santé,

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

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

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

Vu la décision n° 2018.0103/DP/SG du 21 mars 2018 portant organisation générale des services, modifiée par la décision n° 2021.0190/DP/SG du 23 septembre 2021 créant la mission expertise,

Décide :

Article 1^{er}

Délégation permanente est donnée à Madame Caroline TRANCHE, cheffe de service à la Mission expertise, à l'effet de signer au nom de la présidente de la Haute Autorité de santé tout acte relatif au fonctionnement et à l'activité de la Mission expertise, dans la limite d'un montant maximum de 19 999 euros hors taxes par engagement.

Article 2

La présente décision prend effet le 15 janvier 2022 et sera publiée sur le site internet de la Haute Autorité de santé ainsi qu'au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 20 décembre 2021.

La présidente de la Haute Autorité de santé,
Pr Dominique LE GULUDEC

Centre national de gestion

**Arrêté du 23 décembre 2021 portant inscription au titre de l'année 2022
au tableau d'avancement à la hors classe des directeurs et directrices
d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux**

NOR : SSAN2130554A

La directrice générale du Centre national de gestion,

Vu le code de la santé publique, notamment l'article L. 6141-1 ;

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

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° 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 des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière ;

Vu l'arrêté interministériel du 26 décembre 2007 modifié relatif à l'échelonnement indiciaire applicable au corps des directeurs des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière,

Arrête :

Article 1^{er}

Les directeurs et directrices d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de classe normale ci-après sont inscrits au titre de l'année 2022 au tableau d'avancement à la hors-classe de ce corps :

Sont nommé(e)s au 1^{er} janvier 2022 :

1. ABOUDHARAM Florent
2. BENABIDA Rachida
3. BERNADAT Nathalie
4. BOUGEROL Claire
5. BRIOIS Marine
6. CHICHE Aurore
7. COUNY Anne
8. DARMOIS Marie-Cécile
9. DEDUIT Sissie

10. DEREURE David
11. DESCAMPS Nathalie
12. DUCQ Sophie
13. FELIPE Anne
14. GARROS Isabelle
15. GOLOKO Oumou
16. GOUJON Hervé
17. GUESDON Karine
18. GUILLEVIN Stéphane
19. GUINGOUIN Gérard
20. GUYOT Matthieu
21. JACQUART Cécile
22. JEAN Damien
23. KARASZEK-HERBAUT Céline
24. KEITA Oumou
25. KONARSKI Patricia
26. LABRIERE Antoine
27. LE DUOT Camille
28. LEHENE Géo
29. LE NEVEU-DEJAULT Violette
30. LOUTZKY Nathalie
31. LOZE Didier
32. MARTY Clémentine
33. MERIAU Odile
34. OMBALA Prisca
35. PENSEREAU Marie-Yuki
36. PIMENTEL PEREIRA Marie-Lise
37. RAMJATTAN Reminie Martine
38. REMIATTE Stéphanie
39. ROBUCHON Pauline
40. ROINSARD Fanny
41. ROUVIERE Yvan
42. RUSSIER Christophe
43. SAMYN Stéphanie
44. SAVIN Anne-Gaëlle
45. THEVENOT Marc-Antoine
46. THOER LE BRIS Maïwenn
47. VACHERON Luc
48. VALLET Véronique
49. WELTIN Lenaïc
50. WITTMANN Emmanuel

Sont nommé(e)s à une date ultérieure :

- | | | |
|-----|------------------|------------|
| 51. | BARBATO Muriel | 14/08/2022 |
| 52. | BONNAIN Bruno | 15/07/2022 |
| 53. | BONTEMPS Carole | 01/09/2022 |
| 54. | BOUFFEL Annick | 16/02/2022 |
| 55. | BRIDE Cyril | 01/09/2022 |
| 56. | BRUNET Julien | 12/04/2022 |
| 57. | CALMELS Caroline | 01/07/2022 |
| 58. | CHAPUIS Gilles | 01/06/2022 |

59.	DURAND-MOIRIN Sophie	01/08/2022
60.	ESCROIGNARD Arnaud	28/08/2022
61.	FASULA Claude	01/09/2022
62.	LOPEZ Antonia	01/07/2022
63.	REDON Isabelle	04/09/2022

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 auteur de la décision, soit d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent.

Article 3

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

Fait le 23 décembre 2021.

La directrice générale
du Centre national de gestion,
Eve PARIER

Caisse nationale de l'assurance maladie

**Décision du 1^{er} janvier 2022 relative à l'organisation du réseau en matière d'exercice
des recours subrogatoires prévus aux article L. 376-1 et suivants
et L. 454-1 du code de la sécurité sociale**

*(Annule et remplace la décision du 1^{er} janvier 2020 publiée au Bulletin officiel
Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2020/01 du 15 février 2020)*

NOR : SSAX2230009S

Le directeur général, M. Thomas FATÔME, décide en application des dispositions de l'article L. 221-3-1 du code de la sécurité sociale, d'organiser la gestion de l'activité recours contre tiers au sein du réseau des caisses d'assurance maladie dans les conditions fixées ci-dessous et selon la liste annexée à la présente décision.

2B - PÔLE RCT DE LA HAUTE-CORSE (Bastia)

La Caisse primaire d'assurance maladie de la Haute-Corse prend en charge l'activité de recours contre tiers relatif à ses assurés et/ou bénéficiaires mais également ceux de la Caisse primaire d'assurance maladie de la Corse-du-Sud (2A).

05 - PÔLE RCT DES HAUTES-ALPES (Gap)

La Caisse primaire d'assurance maladie des Hautes-Alpes prend en charge l'activité de recours contre tiers relatif à ses assurés et/ou bénéficiaires mais également ceux des caisses primaires d'assurance maladie des Alpes-de-Haute-Provence (04), du Vaucluse (84) et des Bouches-du-Rhône (13) uniquement pour les assurés et/ou bénéficiaires nés en janvier, février, mars, avril, mai ou juin.

A compter du 1^{er} avril 2022, elle deviendra « la Caisse commune de sécurité sociale des Hautes-Alpes ».

13 - PÔLE RCT DES BOUCHES-DU-RHÔNE (Marseille)

La Caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône prend en charge l'activité de recours contre tiers relatif à ses assurés et/ou bénéficiaires nés en juillet, août, septembre, octobre, novembre et décembre.

14 - PÔLE RCT DU CALVADOS (Caen)

La Caisse primaire d'assurance maladie du Calvados prend en charge l'activité de recours contre tiers relatif à ses assurés et/ou bénéficiaires mais également ceux des caisses primaires d'assurance maladie de l'Eure (27), de la Manche (50), de l'Orne (61), du Havre (76) et de Rouen-Elbeuf-Dieppe (76).

17 - PÔLE RCT DE LA CHARENTE-MARITIME (La Rochelle)

La Caisse primaire d'assurance maladie de la Charente-Maritime prend en charge l'activité de recours contre tiers relatif à ses assurés et/ou bénéficiaires mais également ceux des caisses primaires d'assurance maladie de la Corrèze (19), de la Creuse (23), des Deux-Sèvres (79), de la Charente (16), de Poitiers (86) et de la Haute-Vienne (87).

21 - PÔLE RCT DE LA CÔTE-D'OR (Dijon)

La Caisse primaire d'assurance maladie de la Côte-d'Or prend en charge l'activité de recours contre tiers relatif à ses assurés et/ou bénéficiaires mais également ceux des caisses primaires d'assurance maladie de la Nièvre (58), de la Saône-et-Loire (71) et de l'Yonne (89).

29 - PÔLE RCT DU FINISTÈRE (Brest)

La Caisse primaire d'assurance maladie du Finistère prend en charge l'activité de recours contre tiers relatif à ses assurés et/ou bénéficiaires mais également ceux de la Caisse primaire d'assurance maladie du Morbihan (56).

31 - PÔLE RCT DE HAUTE-GARONNE (Toulouse)

La Caisse primaire d'assurance maladie de Haute-Garonne prend en charge l'activité de recours contre tiers relatif à ses assurés et/ou bénéficiaires mais également ceux de la Caisse primaire d'assurance maladie de Perpignan (66).

33 - PÔLE RCT DE GIRONDE (Bordeaux)

La caisse primaire d'assurance maladie de Gironde prend en charge l'activité de recours contre tiers relatif à ses assurés et/ou bénéficiaires.

34 - PÔLE RCT DE L'HERAULT (Montpellier)

La Caisse primaire d'assurance maladie de l'Hérault prend en charge l'activité de recours contre tiers relatif à ses assurés et/ou bénéficiaires mais également ceux des caisses primaires d'assurance maladie de l'Aude (11), du Gard (30) et de la Lozère (48).

35 - PÔLE RCT DE L'ILLE-ET-VILAINE (Rennes)

La Caisse primaire d'assurance maladie de l'Ille-et-Vilaine prend en charge l'activité de recours contre tiers relatif à ses assurés et/ou bénéficiaires mais également ceux de la Caisse primaire d'assurance maladie des Côtes d'Armor (22).

41 - PÔLE RCT DU LOIR-ET-CHER (Blois)

La Caisse primaire d'assurance maladie du Loir-et-Cher prend en charge l'activité de recours contre tiers relatif à ses assurés et/ou bénéficiaires mais également ceux des caisses primaires d'assurance maladie du Cher (18), de l'Eure-et-Loire (28), de l'Indre (36), de l'Indre-et-Loire (37) et du Loiret (45).

42 - PÔLE RCT DE LA LOIRE (Saint-Etienne)

La Caisse primaire d'assurance maladie de la Loire prend en charge l'activité de recours contre tiers relatif à ses assurés et/ou bénéficiaires mais également ceux des caisses primaires d'assurance maladie de l'Ain (01) et de la Haute-Savoie (74).

44 - PÔLE RCT DE LA LOIRE-ATLANTIQUE (Nantes)

La Caisse primaire d'assurance maladie de la Loire-Atlantique prend en charge l'activité de recours contre tiers relatif à ses assurés et/ou bénéficiaires mais également ceux des caisses primaires d'assurance maladie du Maine-et-Loire (49), de la Mayenne (53), de la Sarthe (72) et de la Vendée (85).

52 - PÔLE RCT DE LA HAUTE-MARNE (Chaumont)

La Caisse primaire d'assurance maladie de la Haute-Marne prend en charge l'activité de recours contre tiers relatif à ses assurés et/ou bénéficiaires mais également ceux des caisses primaires d'assurance maladie des Ardennes (08), de l'Aube (10), de la Marne (51), de la Meuse (55) et des Vosges (88).

54 - PÔLE RCT DE LA MEURTHE-ET-MOSELLE (Nancy)

La Caisse primaire d'assurance maladie de la Meurthe-et-Moselle prend en charge l'activité de recours contre tiers relatif à ses assurés et/ou bénéficiaires mais également ceux de la Caisse primaire d'assurance maladie de la Moselle (57).

59 - PÔLE RCT DE ROUBAIX-TOURCOING

La Caisse primaire d'assurance maladie de Roubaix-Tourcoing prend en charge l'activité de recours contre tiers relatif à ses assurés et/ou bénéficiaires mais également ceux de la Caisse primaire d'assurance maladie de Lille-Douai (59).

59 - PÔLE RCT DU HAINAUT (Valenciennes)

La Caisse primaire d'assurance maladie du Hainaut prend en charge l'activité de recours contre tiers relatif à ses assurés et/ou bénéficiaires mais également ceux de la Caisse primaire d'assurance maladie des Flandres (59).

60 - PÔLE RCT DE L'OISE (Beauvais)

La Caisse primaire d'assurance maladie de l'Oise prend en charge l'activité de recours contre tiers relatif à ses assurés et/ou bénéficiaires mais également ceux des caisses primaires d'assurance maladie de la Somme (80) et de l'Aisne (02).

62 - PÔLE RCT DE L'ARTOIS (Arras)

La Caisse primaire d'assurance maladie de l'Artois prend en charge l'activité de recours contre tiers relatif à ses assurés et/ou bénéficiaires mais également ceux de la Caisse primaire d'assurance maladie de la Côte d'Opale (62).

63 - PÔLE RCT DU PUY-DE-DÔME (Clermont-Ferrand)

La Caisse primaire d'assurance maladie de Clermont-Ferrand prend en charge l'activité de recours contre tiers relatif à ses assurés et/ou bénéficiaires mais également ceux des caisses primaires d'assurance maladie de l'Allier (03), du Cantal (15), de la Drôme (26), de la Haute-Loire (43) et de la Savoie (73).

Elle gère également l'activité de recours contre tiers relatif à des sinistres déclarés auprès de l'Assurance maladie avant le 1^{er} janvier 2022 concernant des assurés travailleurs indépendants affiliés au sein d'une caisse de France métropolitaine ou des départements et régions d'Outre-mer.

64 - PÔLE RCT DE PAU

La Caisse primaire d'assurance maladie de Pau prend en charge l'activité de recours contre tiers relatif à ses assurés et/ou bénéficiaires mais également ceux des caisses primaires d'assurance maladie de la Dordogne (24), des Landes (40), du Lot-et-Garonne (47) et de Bayonne (64).

67 - PÔLE RCT DU BAS-RHIN (Strasbourg)

La Caisse primaire d'assurance maladie du Bas-Rhin prend en charge l'activité de recours contre tiers relatif à ses assurés et/ou bénéficiaires mais également ceux de la Caisse primaire d'assurance maladie du Haut-Rhin (68).

69 - PÔLE RCT DU RHÔNE (Lyon)

La Caisse primaire d'assurance maladie du Rhône prend en charge l'activité de recours contre tiers relatif à ses assurés et/ou bénéficiaires mais également ceux des caisses primaires d'assurance maladie de l'Ardèche (07) et de l'Isère (38).

70 - PÔLE RCT DE LA HAUTE-SAÔNE (Vesoul)

La Caisse primaire d'assurance maladie de la Haute-Saône prend en charge l'activité de recours contre tiers relatif à ses assurés et/ou bénéficiaires mais également ceux des caisses primaires d'assurance maladie du Doubs (25), du Jura (39) et de Belfort (90).

75 - PÔLE RCT DE PARIS

La Caisse primaire d'assurance maladie de Paris prend en charge l'activité de recours contre tiers relatif à ses assurés et/ou bénéficiaires y compris pour la pension d'invalidité versée par la CRAMIF. Elle gère également les dossiers d'accidents médicaux survenus au sein d'un établissement de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP) et détectés à compter du 1^{er} avril 2018, des caisses primaires d'assurance maladie de la Seine-et-Marne (77), des Yvelines (78), de l'Essonne (91), des Hauts-de-Seine (92), de la Seine-St-Denis (93), du Val-de-Marne (94) et du Val-d'Oise (95).

77 - PÔLE RCT DE LA SEINE-ET-MARNE (Melun)

La Caisse primaire d'assurance maladie de la Seine-et-Marne prend en charge l'activité de recours contre tiers relatif à ses assurés et/ou bénéficiaires.

78 - PÔLE RCT DES YVELINES (Versailles)

La Caisse primaire d'assurance maladie des Yvelines prend en charge l'activité de recours contre tiers relatif à ses assurés et/ou bénéficiaires y compris pour la pension d'invalidité versée par la CRAMIF.

81 - PÔLE RCT DU TARN (Albi)

La Caisse primaire d'assurance maladie du Tarn prend en charge l'activité de recours contre tiers relatif à ses assurés et/ou bénéficiaires mais également ceux des caisses primaires d'assurance maladie de l'Ariège (09), de l'Aveyron (12), du Gers (32), du Lot (46), des Hautes-Pyrénées (65) et du Tarn-et-Garonne (82).

83 - PÔLE RCT DU VAR (Toulon)

La Caisse primaire d'assurance maladie du Var prend en charge l'activité de recours contre tiers relatif à ses assurés et/ou bénéficiaires mais également ceux de la Caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-Maritimes (06).

91 - PÔLE RCT DE L'ESSONNE (Evry)

La Caisse primaire d'assurance maladie de l'Essonne prend en charge l'activité de recours contre tiers relatif à ses assurés et/ou bénéficiaires y compris pour la pension d'invalidité versée par la CRAMIF.

92 - PÔLE RCT DES HAUTS-DE-SEINE (Nanterre)

La Caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine prend en charge l'activité de recours contre tiers relatif à ses assurés et/ou bénéficiaires y compris pour la pension d'invalidité versée par la CRAMIF.

93 - PÔLE RCT DE LA SEINE-ST-DENIS (Bobigny)

La Caisse primaire d'assurance maladie de la Seine-St-Denis prend en charge l'activité de recours contre tiers relatif à ses assurés et/ou bénéficiaires y compris pour la pension d'invalidité versée par la CRAMIF.

94 - PÔLE RCT DU VAL-DE-MARNE (Créteil)

La Caisse primaire d'assurance maladie du Val-de-Marne prend en charge l'activité de recours contre tiers relatif à ses assurés et/ou bénéficiaires y compris pour la pension d'invalidité versée par la CRAMIF.

95 - PÔLE RCT DU VAL-D'OISE (Cergy-Pontoise)

La Caisse primaire d'assurance maladie du Val-d'Oise prend en charge l'activité de recours contre tiers relatif à ses assurés et/ou bénéficiaires y compris pour la pension d'invalidité versée par la CRAMIF.

971 - PÔLE RCT DE LA GUADELOUPE

La Caisse générale de sécurité sociale de la Guadeloupe prend en charge l'activité de recours contre tiers relatif à ses assurés et/ou bénéficiaires.

972 - PÔLE RCT DE LA MARTINIQUE

La Caisse générale de sécurité sociale de la Martinique prend en charge l'activité de recours contre tiers relatif à ses assurés et/ou bénéficiaires.

973 - PÔLE RCT DE LA GUYANE

La Caisse générale de sécurité sociale de la Guyane prend en charge l'activité de recours contre tiers relatif à ses assurés et/ou bénéficiaires.

974 - PÔLE RCT DE LA REUNION

La Caisse générale de sécurité sociale de la Réunion prend en charge l'activité de recours contre tiers relatif à ses assurés et/ou bénéficiaires.

976 - PÔLE RCT DE MAYOTTE

La Caisse de sécurité sociale de Mayotte prend en charge l'activité de recours contre tiers relatif à ses assurés et/ou bénéficiaires.

Les pôles RCT en charge de l'activité de recours contre tiers concernant des affiliés d'autres caisses d'assurance maladie doivent :

✓ gérer intégralement le recours contre tiers, de l'ouverture des dossiers à leur clôture ainsi que la mise en œuvre de la procédure des pénalités visée aux articles L. 376-4, R. 376-4, R. 376-5, L. 454-2, R. 454-4 et 454-5 du code de la sécurité sociale ;

- ✓ agir et/ou représenter en justice pour le compte des caisses cédantes dans le cadre de l'ensemble des dossiers traitant à titre principal ou incident du recours contre tiers, y compris les affaires actuellement pendantes devant les juridictions de l'ordre administratif ou judiciaire pour le compte de la caisse cédante ;
- ✓ recouvrer, encaisser et mener les contrôles afférents aux dossiers.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 1^{er} janvier 2022.

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

ANNEXE

CPAM D'AFFILIATION		PÔLE RCT			
DPT	VILLE	DPT	VILLE	ADRESSE POSTALE	ADRESSE MAIL
1	CPAM de l'Ain (Bourg-en-Bresse)	42	Pôle RCT de la Loire	CPAM de la Loire CS 72701 42027 Saint-Etienne Cedex 1	poleRCT42@assurance-maladie.fr
2	CPAM de l'Aisne (St Quentin)	60	Pôle RCT de l'Oise	CPAM de l'Oise RCT 1 rue de Savoie BP 30326 60013 Beauvais Cedex	poleRCT60@assurance-maladie.fr
2A	CPAM de la Corse-du-Sud	2B	Pôle RCT de la Haute-Corse	CPAM de la Haute-Corse RCT 5 avenue Jean Zuccarelli 20406 Bastia Cedex	poleRCT202@assurance-maladie.fr
2B	CPAM de la Haute-Corse	2B	Pôle RCT de la Haute-Corse	CPAM de la Haute-Corse RCT 5 avenue Jean Zuccarelli 20406 Bastia Cedex	poleRCT202@assurance-maladie.fr
3	CPAM de l'Allier (Moulins)	63	Pôle RCT du Puy-de-Dôme	CPAM du Puy-de-Dôme RCT 2-4 rue Serge Gainsbourg 63031 Clermont-Ferrand Cedex 9	poleRCT63@assurance-maladie.fr

4	CPAM des Alpes-de-Haute-Provence (Digne)	5	Pôle RCT des Hautes-Alpes	CPAM de Gap RCT 10 boulevard Georges Pompidou 05012 Gap Cedex A partir du 1^{er} avril 2022 CCSS des Hautes-Alpes RCT 10 boulevard Georges Pompidou 05012 Gap Cedex	poleRCT05@assurance-maladie.fr
5	CPAM des Hautes-Alpes (Gap) A partir du 1^{er} avril 2022 CCSS des Hautes-Alpes (Gap)	5	Pôle RCT des Hautes-Alpes	CPAM de Gap RCT 10 boulevard Georges Pompidou 05012 Gap Cedex A partir du 1^{er} avril 2022 CCSS des Hautes-Alpes RCT 10 boulevard Georges Pompidou 05012 Gap Cedex	poleRCT05@assurance-maladie.fr
6	CPAM des Alpes-Maritime (Nice)	83	Pôle RCT du Var	CPAM de Toulon RCT 83082 Toulon Cedex	poleRCT83@assurance-maladie.fr
7	CPAM de l'Ardèche (Privas)	69	Pôle RCT du Rhône	CPAM du Rhône RCT 69907 Lyon Cedex 20	poleRCT69@assurance-maladie.fr
8	CPAM des Ardennes (Charleville-Mézières)	52	Pôle RCT de la Haute-Marne	CPAM de la Haute-Marne RCT 18 bd du Maréchal de Lattre de Tassigny CS 2028 52915 Chaumont Cedex 9	poleRCT52@assurance-maladie.fr

9	CPAM de l'Ariège (Foix)	81	Pôle RCT du Tarn	CPAM du Tarn RCT 81016 Albi Cedex 9	poleRCT81@assurance-maladie.fr
10	CPAM de l'Aube	52	Pôle RCT de la Haute-Marne	CPAM de la Haute-Marne RCT 18 Bd du Maréchal de Lattre de Tassigny CS 2028 52915 Chaumont Cedex 9	poleRCT52@assurance-maladie.fr
11	CPAM de l'Aude	34	Pôle RCT de l'Hérault	CPAM de l'Hérault 29 cours Gambetta 34934 Montpellier Cedex 9	poleRCT34@assurance-maladie.fr
12	CPAM de l'Aveyron	81	Pôle RCT du Tarn	CPAM du Tarn RCT 81016 Albi Cedex 9	poleRCT81@assurance-maladie.fr
13	CPAM des Bouches-du-Rhône	13	Pôle RCT des Bouches-du-Rhône (assuré victime né en juillet, août, septembre, octobre, novembre ou décembre)	CPCAM des Bouches du Rhône Service RCT 13 (n° 781) CS 60007 13364 Marseille Cedex 10	poleRCT13@assurance-maladie.fr
		5	Pôle RCT des Hautes-Alpes (assuré victime né en janvier, février, mars avril, mai ou juin)	CPAM de Gap RCT 10 boulevard Georges Pompidou 05012 Gap Cedex A partir du 1^{er} avril 2022 CCSS des Hautes-Alpes RCT 10 boulevard Georges Pompidou 05012 Gap Cedex	poleRCT05@assurance-maladie.fr

14	CPAM du Calvados	14	Pôle RCT du Calvados	CPAM de Caen RCT CS 10001 108 Bd Jean Moulin 14031 Caen	poleRCT14@assurance-maladie.fr
15	CPAM du Cantal	63	Pôle RCT du Puy-de-Dôme	CPAM du Puy-de-Dôme RCT 2-4 rue Serge Gainsbourg 63031 Clermont-Ferrand Cedex 9	poleRCT63@assurance-maladie.fr
16	CPAM des Charentes	17	Pôle RCT de la Charente-Maritime	CPAM de La Rochelle RCT 55-57 rue de Suède 17014 La Rochelle Cedex 1	poleRCT17@assurance-maladie.fr
17	CPAM de la Charente-Maritime	17	Pôle RCT de la Charente-Maritime	CPAM de La Rochelle RCT 55-57 rue de Suède 17014 La Rochelle Cedex 1	poleRCT17@assurance-maladie.fr
18	CPAM du Cher	41	Pôle RCT du Loir-et-Cher	CPAM du Loir-et-Cher RCT 6 Rue Louis Armand 41022 Blois Cedex	poleRCT41@assurance-maladie.fr
19	CPAM de Corrèze	17	Pôle RCT de la Charente-Maritime	CPAM de La Rochelle RCT 55-57 rue de Suède 17014 La Rochelle Cedex 1	poleRCT17@assurance-maladie.fr
21	CPAM de la Côte d'Or	21	Pôle RCT de la Côte d'Or	CPAM de la Côte d'Or RCT BP 34548 21045 Dijon Cedex	poleRCT21@assurance-maladie.fr

22	CPAM des Côtes d'Armor	35	Pôle RCT de l'Ille-et-Vilaine	CPAM Rennes RCT Cours des Alliés 35024 Rennes Cedex 9	poleRCT35@assurance-maladie.fr
23	CPAM de la Creuse	17	Pôle RCT de la Charente-Maritime	CPAM de La Rochelle RCT 55-57 rue de Suède 17014 La Rochelle Cedex 1	poleRCT17@assurance-maladie.fr
24	CPAM de la Dordogne	64	Pôle RCT de Pau	CPAM de Pau RCT 26 bis avenue des Lilas 64022 Pau Cedex 9	poleRCT64@assurance-maladie.fr
25	CPAM du Doubs	70	Pôle RCT de Vesoul	CPAM de Vesoul RCT 9 bd des Alliés BP 439 70020 Vesoul Cedex	poleRCT70@assurance-maladie.fr
26	CPAM de la Drôme	63	Pôle RCT du Puy-de-Dôme	CPAM du Puy-de-Dôme RCT 2-4 rue Serge Gainsbourg 63031 Clermont-Ferrand Cedex 9	poleRCT63@assurance-maladie.fr
27	CPAM de l'Eure	14	Pôle RCT du Calvados	CPAM de Caen RCT 108 Bd Jean Moulin 14031 Caen	poleRCT14@assurance-maladie.fr
28	CPAM de l'Eure-et-Loire	41	Pôle RCT du Loir-et-Cher	CPAM du Loir-et-Cher RCT 6 Rue Louis Armand 41022 Blois Cedex	poleRCT41@assurance-maladie.fr

29	CPAM du Finistère	29	Pôle RCT du Finistère	CPAM du Finistère RCT 1 rue de Savoie 29282 Brest Cedex	poleRCT29@assurance-maladie.fr
30	CPAM du Gard	34	Pôle RCT de l'Hérault	CPAM de l'Hérault RCT 29 cours Gambetta 34934 Montpellier Cedex 9	poleRCT34@assurance-maladie.fr
31	CPAM de la Haute-Garonne	31	Pôle RCT de la Haute-Garonne	CPAM de la Haute-Garonne RCT 31093 Toulouse Cedex 9	poleRCT31@assurance-maladie.fr
32	CPAM du Gers	81	Pôle RCT du Tarn	CPAM du Tarn RCT 81016 Albi Cedex 9	poleRCT81@assurance-maladie.fr
33	CPAM de la Gironde	33	Pôle RCT de Gironde	CPAM Bordeaux RCT 33085 Bordeaux Cedex	poleRCT33@assurance-maladie.fr
34	CPAM de l'Hérault	34	Pôle RCT de l'Hérault	CPAM de l'Hérault RCT 29 cours Gambetta 34934 Montpellier Cedex 9	poleRCT34@assurance-maladie.fr
35	CPAM de l'Ille-et-Vilaine	35	Pôle RCT d'Ille-et-Vilaine	CPAM de Rennes RCT Cours des Alliés 35024 Rennes Cedex 9	poleRCT35@assurance-maladie.fr

36	CPAM de l'Indre	41	Pôle RCT du Loir-et-Cher	CPAM du Loir-et-Cher RCT 6 rue Louis Armand 41022 Blois Cedex	poleRCT41@assurance-maladie.fr
37	CPAM de l'Indre-et-Loire	41	Pôle RCT du Loir-et-Cher	CPAM du Loir-et-Cher RCT 6 rue Louis Armand 41022 Blois Cedex	poleRCT41@assurance-maladie.fr
38	CPAM de l'Isère	69	Pôle RCT du Rhône	CPAM du Rhône RCT 69907 Lyon Cedex 20	poleRCT69@assurance-maladie.fr
39	CPAM du Jura	70	Pôle RCT de Vesoul	CPAM de Vesoul 9 bd des Alliés RCT BP 439 70020 Vesoul Cedex	poleRCT70@assurance-maladie.fr
40	CPAM des Landes	64	Pôle RCT de Pau	CPAM de Pau RCT 26 bis avenue des Lilas 64022 Pau Cedex 9	poleRCT64@assurance-maladie.fr
41	CPAM du Loir-et-Cher	41	Pôle RCT du Loir-et-Cher	CPAM du Loir-et-Cher RCT 6 rue Louis Armand 41022 Blois Cedex	poleRCT41@assurance-maladie.fr
42	CPAM de la Loire	42	Pôle RCT de la Loire	CPAM de la Loire CS 72701 42027 Saint Etienne Cedex 1	poleRCT42@assurance-maladie.fr

43	CPAM de la Haute-Loire	63	Pôle RCT du Puy-de-Dôme	CPAM du Puy-de-Dôme RCT 2-4 rue Serge Gainsbourg 63031 Clermont-Ferrand Cedex 9	poleRCT63@assurance-maladie.fr
44	CPAM de la Loire-Atlantique	44	Pôle RCT de la Loire-Atlantique	CPAM de Nantes RCT 9 rue Gaëtan Rondeau 44958 Nantes Cedex 9	poleRCT44@assurance-maladie.fr
45	CPAM du Loiret	41	Pôle RCT du Loir-et-Cher	CPAM du Loir-et-Cher RCT 6 rue Louis Armand 41022 Blois Cedex	poleRCT41@assurance-maladie.fr
46	CPAM du Lot	81	Pôle RCT du Tarn	CPAM du Tarn RCT 81016 Albi Cedex 9	poleRCT81@assurance-maladie.fr
47	CPAM du Lot-et-Garonne	64	Pôle RCT de Pau	CPAM de Pau RCT 26 bis avenue des Lilas 64022 Pau Cedex 9	poleRCT64@assurance-maladie.fr
48	CPAM de la Lozère	34	Pôle RCT de l'Hérault	CPAM de l'Hérault RCT 29 cours Gambetta 34934 Montpellier Cedex 9	poleRCT34@assurance-maladie.fr
49	CPAM du Maine-et-Loire	44	Pôle RCT de la Loire-Atlantique	CPAM de Nantes RCT 9 rue Gaëtan Rondeau 44958 Nantes Cedex 9	poleRCT44@assurance-maladie.fr

50	CPAM de la Manche	14	Pôle RCT du Calvados	CPAM de Caen RCT 108 Bd Jean Moulin 14031 Caen	poleRCT14@assurance-maladie.fr
51	CPAM de la Marne	52	Pôle RCT de la Haute-Marne	CPAM de la Haute-Marne RCT 18 bd du Maréchal de Lattre de Tassigny CS 2028 52915 Chaumont Cedex 9	poleRCT52@assurance-maladie.fr
52	CPAM de la Haute-Marne	52	Pôle RCT de la Haute-Marne	CPAM de la Haute-Marne RCT 18 bd du Maréchal de Lattre de Tassigny CS 2028 52915 Chaumont Cedex 9	poleRCT52@assurance-maladie.fr
53	CPAM de la Mayenne	44	Pôle RCT de la Loire-Atlantique	CPAM de Nantes RCT 9 rue Gaëtan Rondeau 44958 Nantes Cedex 9	poleRCT44@assurance-maladie.fr
54	CPAM de la Meurthe-et-Moselle	54	Pôle RCT de la Meurthe-et-Moselle	CPAM de Nancy RCT 9 boulevard Joffre 54047 Nancy Cedex	poleRCT54@assurance-maladie.fr
55	CPAM de la Meuse	52	Pôle RCT de la Haute-Marne	CPAM de la Haute-Marne RCT 18 bd du Maréchal de Lattre de Tassigny CS 2028 52915 Chaumont Cedex 9	poleRCT52@assurance-maladie.fr
56	CPAM du Morbihan	29	Pôle RCT du Finistère	CPAM du Finistère RCT 1 rue de Savoie 29282 Brest Cedex	poleRCT29@assurance-maladie.fr

57	CPAM de la Moselle	54	Pôle RCT de la Meurthe-et-Moselle	CPAM de Nancy RCT 9 boulevard Joffre 54047 Nancy Cedex	poleRCT54@assurance-maladie.fr
58	CPAM de la Nièvre	21	Pôle RCT de la Côte d'Or	CPAM de la Côte d'Or RCT BP 34548 21045 Dijon Cedex	poleRCT21@assurance-maladie.fr
59	CPAM des Flandres	59	Pôle RCT du Hainaut	CPAM du Hainaut RCT 10 rue St-Lazare 59408 Cambrai Cedex	poleRCT599@assurance-maladie.fr
59	CPAM de Lille-Douai	59	Pôle RCT de Roubaix-Tourcoing	CPAM de Roubaix-Tourcoing RCT 2 place Sébastopol CS 40700 59208 Tourcoing Cedex	poleRCT597@assurance-maladie.fr
59	CPAM de Roubaix-Tourcoing	59	Pôle RCT de Roubaix-Tourcoing	CPAM de Roubaix-Tourcoing RCT 2 place Sébastopol CS 40700 59208 Tourcoing Cedex	poleRCT597@assurance-maladie.fr
59	CPAM du Hainaut	59	Pôle RCT du Hainaut	CPAM du Hainaut RCT 10 rue St-Lazare 59408 Cambrai Cedex	poleRCT599@assurance-maladie.fr
60	CPAM de l'Oise	60	Pôle RCT de l'Oise	CPAM de l'Oise RCT 1 rue de Savoie BP 30326 60013 Beauvais Cedex	poleRCT60@assurance-maladie.fr

61	CPAM de l'Orne	14	Pôle RCT du Calvados	CPAM de Caen RCT 108 bd Jean Moulin 14031 Caen	poleRCT14@assurance-maladie.fr
62	CPAM de la Côte-d'Opale	62	Pôle RCT de l'Artois	CPAM de l'Artois RCT 158 avenue Van Pelt 62309 Lens Cedex	poleRCT62@assurance-maladie.fr
62	CPAM de l'Artois	62	Pôle RCT de l'Artois	CPAM de l'Artois RCT 158 avenue Van Pelt 62309 Lens Cedex	poleRCT62@assurance-maladie.fr
63	CPAM du Puy-de-Dôme	63	Pôle RCT du Puy-de-Dôme	CPAM du Puy-de-Dôme RCT 2-4 rue Serge Gainsbourg 63031 Clermont-Ferrand Cedex 9	poleRCT63@assurance-maladie.fr
64	CPAM de Bayonne	64	Pôle RCT de Pau	CPAM de Pau RCT 26 bis avenue des Lilas 64022 Pau Cedex 9	poleRCT64@assurance-maladie.fr
64	CPAM de Pau	64	Pôle RCT de Pau	CPAM de Pau RCT 26 bis avenue des Lilas 64022 Pau Cedex 9	poleRCT64@assurance-maladie.fr
65	CPAM des Hautes-Pyrénées	81	Pôle RCT du Tarn	CPAM du Tarn RCT 81016 Albi Cedex 9	poleRCT81@assurance-maladie.fr

66	CPAM de Perpignan	31	Pôle RCT de la Haute-Garonne	CPAM de la Haute-Garonne RCT 31093 ToulousE Cedex 9	poleRCT31@assurance-maladie.fr
67	CPAM du Bas-Rhin	67	Pôle RCT du Bas-Rhin	CPAM du Bas-Rhin RCT 16 rue de Lausanne 67090 Strasbourg Cedex	poleRCT67@assurance-maladie.fr
68	CPAM du Haut-Rhin	67	Pôle RCT du Bas-Rhin	CPAM du Bas-Rhin RCT 16 rue de Lausanne 67090 Strasbourg Cedex	poleRCT67@assurance-maladie.fr
69	CPAM du Rhône	69	Pôle RCT du Rhône	CPAM du Rhône RCT 69907 Lyon Cedex 20	poleRCT69@assurance-maladie.fr
70	CPAM de la Haute-Saône	70	Pôle RCT de Vesoul	CPAM de Vesoul RCT 9 bd des Alliés BP 439 70020 Vesoul Cedex	poleRCT70@assurance-maladie.fr
71	CPAM de la Saône-et-Loire	21	Pôle RCT de la Côte d'Or	CPAM de la Côte d'Or RCT BP 34548 21045 Dijon Cedex	poleRCT21@assurance-maladie.fr
72	CPAM de la Sarthe	44	Pôle RCT de la Loire-Atlantique	CPAM de Nantes 9 rue Gaëtan Rondeau 44958 Nantes Cedex 9	poleRCT44@assurance-maladie.fr

73	CPAM de la Savoie	63	Pôle RCT du Puy-de-Dôme	CPAM du Puy-de-Dôme RCT 2-4 rue Serge Gainsbourg 63031 Clermont-Ferrand Cedex 9	poleRCT63@assurance-maladie.fr
74	CPAM de la Haute-Savoie	42	Pôle RCT de la Loire	CPAM de la Loire CS 72701 42027 Saint-Etienne Cedex 1	poleRCT42@assurance-maladie.fr
75	CPAM de Paris	75	Pôle RCT de Paris	ASSURANCE MALADIE de Paris RCT 75948 Paris Cedex 19	poleRCT75@assurance-maladie.fr
76	CPAM du Havre	14	Pôle RCT du Calvados	CPAM de Caen RCT 108 bd Jean Moulin 14031 Caen	poleRCT14@assurance-maladie.fr
76	CPAM de Rouen-Elbeuf-Dieppe-Seine-Martime	14	Pôle RCT de Caen	CPAM de Caen RCT 108 bd Jean Moulin 14031 Caen	poleRCT14@assurance-maladie.fr
77	CPAM de la Seine-et-Marne	77	Pôle RCT de la Seine-et-Marne	CPAM de Melun RCT Rue des Meuniers 77950 Rubelles	poleRCT77@assurance-maladie.fr
		75	Pôle RCT de Paris (accident médical survenu à compter du 01/04/2018 au sein d'un établissement de l'AP-HP)	ASSURANCE MALADIE de Paris RCT 75948 Paris Cedex 19	poleRCT75@assurance-maladie.fr

78	CPAM des Yvelines	78	Pôle RCT des Yvelines	CPAM des Yvelines RCT 78085 Yvelines Cedex 9	poleRCT78@assurance-maladie.fr
		75	Pôle RCT de Paris <i>(accident médical survenu à compter du 01/04/2018 au sein d'un établissement de l'AP-HP)</i>	ASSURANCE MALADIE de Paris RCT 75948 Paris Cedex 19	poleRCT75@assurance-maladie.fr
79	CPAM des Deux-Sèvres	17	Pôle RCT de la Charente-Maritime	CPAM de La Rochelle RCT 55-57 rue de Suède 17014 La Rochelle Cedex 1	poleRCT17@assurance-maladie.fr
80	CPAM de la Somme	60	Pôle RCT de l'Oise	CPAM de l'Oise RCT 1 rue de Savoie BP 30326 60013 Beauvais Cedex	poleRCT60@assurance-maladie.fr
81	CPAM du Tarn	81	Pôle RCT du Tarn	CPAM du Tarn RCT 81016 Albi Cedex 9	poleRCT81@assurance-maladie.fr
82	CPAM du Tarn-et-Garonne	81	Pôle RCT du Tarn	CPAM du Tarn RCT 81016 Albi Cedex 9	poleRCT81@assurance-maladie.fr
83	CPAM du Var	83	Pôle RCT du Var	CPAM de Toulon RCT 83082 Toulon Cedex	poleRCT83@assurance-maladie.fr

84	CPAM du Vaucluse	5	Pôle RCT des Hautes-Alpes	CPAM de Gap RCT 10 boulevard Georges Pompidou 05012 Gap Cedex A partir du 1^{er} avril 2022 CCSS des Hautes-Alpes RCT 10 boulevard Georges Pompidou 05012 Gap Cedex	poleRCT05@assurance-maladie.fr
85	CPAM de la Vendée	44	Pôle de la Loire-Atlantique	CPAM de Nantes RCT 9 rue Gaëtan Rondeau 44958 Nantes Cedex 9	poleRCT44@assurance-maladie.fr
86	CPAM de Poitiers	17	Pôle RCT de Charente-Maritime	CPAM de La Rochelle 55-57 rue de Suède 17014 La Rochelle Cedex 1	poleRCT17@assurance-maladie.fr
87	CPAM de la Haute-Vienne	17	Pôle RCT de Charente-Maritime	CPAM de La Rochelle 55-57 rue de Suède 17014 La Rochelle Cedex 1	poleRCT17@assurance-maladie.fr
88	CPAM des Vosges	52	Pôle RCT de la Haute-Marne	CPAM de la Haute-Marne RCT 18 bd du Maréchal de Lattre de Tassigny CS 2028 52915 Chaumont Cedex 9	poleRCT52@assurance-maladie.fr
89	CPAM de l'Yonne	21	Pôle RCT de la Côte d'Or	CPAM de la Côte d'Or RCT BP 34548 21045 Dijon Cedex	poleRCT21@assurance-maladie.fr

90	CPAM de Belfort	70	Pôle RCT de Vesoul	CPAM de Vesoul RCT 9 bd des Alliés BP 439 70020 Vesoul Cedex	poleRCT70@assurance-maladie.fr
91	CPAM de l'Essonne	91	Pôle RCT de l'Essonne	CPAM de l'Essonne RCT 91040 Evry Cedex	poleRCT91@assurance-maladie.fr
		75	Pôle RCT de Paris (accident médical survenu à compter du 01/04/2018 au sein d'un établissement de l'AP-HP)	ASSURANCE MALADIE de Paris RCT 75948 Paris Cedex 19	poleRCT75@assurance-maladie.fr
92	CPAM des Hauts-de-Seine	92	Pôle RCT des Hauts-de-Seine	CPAM des Hauts-de-Seine RCT 92026 Nanterre Cedex	poleRCT92@assurance-maladie.fr
		75	Pôle RCT de Paris (accident médical survenu à compter du 01/04/2018 au sein d'un établissement de l'AP-HP)	ASSURANCE MALADIE de Paris RCT 75948 Paris Cedex 19	poleRCT75@assurance-maladie.fr
93	CPAM de la Seine-St-Denis	93	Pôle RCT de la Seine-St-Denis	CPAM de la Seine-Saint-Denis RCT BP 60300 93018 Bobigny Cedex	poleRCT93@assurance-maladie.fr
		75	Pôle RCT de Paris (accident médical survenu à compter du 01/04/2018 au sein d'un établissement de l'AP-HP)	ASSURANCE MALADIE de Paris RCT 75948 Paris Cedex 19	poleRCT75@assurance-maladie.fr

94	CPAM du Val-de-Marne	94	Pôle RCT du Val-de-Marne	ASSURANCE MALADIE du Val-de-Marne RCT 94031 Creteil Cedex	poleRCT94@assurance-maladie.fr
		75	Pôle RCT de Paris <i>(accident médical survenu à compter du 01/04/2018 au sein d'un établissement de l'AP-HP)</i>	ASSURANCE MALADIE de Paris RCT 75948 Paris Cedex 19	poleRCT75@assurance-maladie.fr
95	CPAM du Val d'Oise	95	Pôle RCT du Val-d'Oise	CPAM du Val-d'Oise RCT 95017 Cergy-Pontoise Cedex	poleRCT95@assurance-maladie.fr
		75	Pôle RCT de Paris <i>(accident médical survenu à compter du 01/04/2018 au sein d'un établissement de l'AP-HP)</i>	ASSURANCE MALADIE de Paris RCT 75948 Paris Cedex 19	poleRCT75@assurance-maladie.fr
971	CGSS de la Guadeloupe	971	Pôle RCT de la Guadeloupe	Quartier de l'Hôtel de Ville RCT BP 486 97159 Pointe-à-Pitre Cedex	poleRCT971@assurance-maladie.fr
972	CGSS de la Martinique	972	Pôle RCT de la Martinique	CGSS de la Martinique Centre d'affaires Ste-Catherine RCT Rue Raphaël Félicité 97233 Schoelcher	poleRCT972@assurance-maladie.fr
973	CGSS de Guyane	973	Pôle RCT de la Guyane	CGSS de la Guyane RCT Espace Turenne-Radamonthe Route de Raban BP 7015	poleRCT973@assurance-maladie.fr

974	CGSS de la Réunion	974	Pôle RCT de la Réunion	CGSS de la Réunion RCT 4 boulevard Doret CS 53001 97741 Saint-Denis Cedex 9	poleRCT974@assurance-maladie.fr
976	CSS de Mayotte	976	Pôle RCT de Mayotte	CSS de Mayotte RCT BP 84 97600 Mamoudzou	poleRCT976@assurance-maladie.fr

Premier ministre
Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées

**Arrêté du 2 janvier 2022 portant renouvellement des membres nommés au conseil
d'administration de l'Institut national des jeunes aveugles**

NOR : SSAA2230001A

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 jeunes aveugles, notamment ses articles 4 et 12,

Arrête :

Article 1^{er}

Sont nommés membres du conseil d'administration de l'Institut national des jeunes aveugles :

- Mme Annie PODEUR, conseillère maître à la Cour des comptes, présidente ;
- M. Hamou BOUAKKAZ, ancien élève de l'Institut national des jeunes aveugles ;
- M. Philippe DE BRAQUILANGES, conseiller municipal auprès du maire du VII^{ème} arrondissement de Paris, délégué à la solidarité et au handicap ;
- M. Edouard FERRERO, président de la Confédération française pour la promotion sociale des aveugles et amblyopes (CFPSAA) ;
- Mme Fatiha HADDI, inspectrice de l'Education nationale ;
- Mme Roxane JESECK, attachée, chargée des relations extérieures de l'Institut national des jeunes aveugles ;
- M. Ludovic PETITDEMANGE, chargé de recherche, Centre national de la recherche scientifique (CNRS).

Article 2

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

Fait le 2 janvier 2022.

Pour la secrétaire d'Etat et par délégation :
L'adjoint à la directrice générale
de la cohésion sociale,
Jérôme JUMEL

Ministère des solidarités et de la santé

Décision du 3 janvier 2022 portant établissement de la liste des organismes complémentaires participant à la complémentaire santé solidaire au titre de l'année 2022

NOR : SSAS2230002S

Le ministre des solidarités et de la santé,

Vu les articles L. 861-1 à L.862-8 et R. 861-1 et suivants du code de la sécurité sociale, et notamment l'article R. 861-19 ;

Vu l'arrêté du 9 février 2021 modifiant la déclaration figurant à l'annexe de l'arrêté du 20 octobre 2010 fixant le modèle de la déclaration de participation à la protection complémentaire en matière de santé ;

Vu les demandes de participation et de retrait présentées par les organismes complémentaires au titre de l'année 2022 ;

Vu les décisions rendues par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution,

Décide :

Article 1^{er}

La liste des organismes de protection sociale complémentaire habilités à participer à la gestion de la protection complémentaire en matière de santé au titre de la période du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2022 est annexée à la présente décision.

Article 2

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité et prend effet à compter du 1^{er} janvier 2022.

Fait le 3 janvier 2022.

Pour le ministre et par délégation :
Le chef de service, adjoint au
directeur de la Sécurité sociale,
Laurent GALLET

ANNEXE

NUMERO SIREN	DENOMINATION	ADRESSE DU SIEGE SOCIAL	CODE POSTAL	VILLE
304580228	Mutuelle familiale de Normandie	1 avenue du 6 juin	14100	LISIEUX
308708650	MCLR	37 boulevard Vivier-Merle	69003	LYON
309244648	Mutuelle Entrenous	27 allée Albert Sylvestre	73000	CHAMBERY
313385882	Mutuelle Ensemble	2 boulevard Jacques MONOD	84000	AVIGNON
314357047	Mutuelle familiale de l'Indre	2 avenue André le Notre BP 294	36006	CHATEAUROUX CEDEX
314559451	Mutuelle Mare-Gaillard	Section Bernard	97190	Le Gosier GUADELOUPE
314765546	MCRN - Mutuelle des cheminots de la région de Nantes	4 place des Jacobins	44000	NANTES
315519231	Mutuelle La Choletaise	1 rue de la Sarthe CS 60605	49306	CHOLET CEDEX
320377906	MGPS - Mutuelle générale de prévoyance sociale	Centre Commercial les Galeries de Houelbourg Bâtiment B - 2ème étage - Jarry	97122	BAIE-MAHAULT
325697258	Mutuelle d'Argenson et des fonctionnaires de l'enseignement public	7-9 villa de Lourcine	75014	PARIS
329678205	Mutuelle des assurés sociaux	393 avenue du Prado	13008	MARSEILLE
331901942	Mutuelle interprofessionnelle de prévoyance (MIP)	18 rue Baudot	97100	BASSE-TERRE
339420226	CMIP - Centre mutualiste interprofessionnel	53 avenue de Senlis BP 90307	60800	CREPY-EN-VALOIS CEDEX
340359900	Mutuelle Intégrance	89 rue Damrémont	75882	PARIS Cedex 18
343030037	Mutuelle autonome générale éducation (MAGE)	43 rue Jaboulay	69349	LYON CEDEX 07
343142659	Suravenir assurances	2 rue Vasco de Gama Saint-Herblain	44931	NANTES CEDEX 9
350873287	Mutuelle des Territoriaux et Hospitaliers (MTH)	30 rue Servient	69003	LYON
352291561	Mutuelle MEUSREC	3bis rue du Stade - BP 24 Belleville sur Vie	85170	BELLEVIGNY
352358865	Pacifica	8-10 Boulevard de Vaugirard	75724	PARIS CEDEX 15
352502546	Mutuelle du Val de Sèvre	6 rue du Puy Pelé	85130	TIFFAUGES
379655541	Identités Mutuelle	24 boulevard de Courcelles	75017	PARIS

380155929	Mutuelle des Pays de Vilaine	13 rue des Douves BP 90646	35600	REDON
382046464	Mutuelle nationale du personnel des établissements Michelin (MNPEM)	2 rue de Bien-Assis	63040	CLERMONT-FERRAND CEDEX 9
383143617	Solimut Mutuelle de France	Castel Office, 7 quai de la Joliette	13002	MARSEILLE
388213712	Mutuelle familiale de la Réunion	112 ter avenue Pierre Mendès France	97441	SAINTE-SUZANNE
390730893	Mutuelle d'Ouest-France	TSA 40001	35058	RENNES CEDEX 09
391951357	Mutuelle du Personnel des Collectivités Territoriales de la Réunion (M.P.C.T.R)	112 Ter Avenue Pierre Mendès France	97441	SAINTE-SUZANNE
394117824	Mutuelle des pères et mères de famille	Chemin La Michèle - Morne-Pitault	97232	LAMENTIN
394535520	MPV - Mutuelle des Pays de Vaucluse	16 rue Alexandre Blanc	84000	AVIGNON
397742958	Mutuelles de France des hospitaliers, MFH	CHU Grenoble - CS 10217	38043	GRENOBLE CEDEX 9
401285309	Mutualia Grand Ouest	6 rue Anita Conti - CS 82320 Parc d'activité de Laroiseau	56008	VANNES CEDEX
403596265	Mutualia Alliance Santé	1 rue André Gatoux	62033	ARRAS CEDEX
405390238	Mutuelles de France Loire- Forez	44 rue de la Chaux	42130	BOEN
413423005	Mutuelle La France maritime	Immeuble Circé CS 90039 131 avenue du Prado	13272	MARSEILLE CEDEX 08
430181123	Mutuelle des personnels maritimes	32 rue Mazenod	13002	MARSEILLE 2
431282581	SOMUPOS - Solimut Mutuelle Personnels Organismes Sociaux	146A avenue de Toulon	13010	MARSEILLE
432162113	Mutuelle des anciens des chantiers de La Rochelle- Pallice	11 rue Léo Lagrange	17139	DOMPIERRE-SUR-MER
434243085	Mutuelle Ociane	35 rue Claude Bonnier	33054	BORDEAUX CEDEX
442978086	Pavillon prévoyance	90 avenue Thiers CS 21004	33072	BORDEAUX CEDEX
449571256	Mutualia Territoires Solidaires	75 avenue Gabriel Péri	38400	SAINT MARTIN D'HERES
483747333	Radiance Mutuelle	95 rue Vendôme	69006	LYON
499982098	MGEFI - Mutuelle générale de l'économie, des finances et de l'industrie	6 rue Bouchardon CS 50070	75481	PARIS CEDEX 10
503380081	Mutuelle UNEO	48-56 rue Barbés	92120	MONTRouGE

529168007	Klesia Mut'	4 rue Georges Picquart	75017	PARIS
538518473	Harmonie Mutuelle	143 rue Blomet	75015	PARIS
775369887	Mutuale, la Mutuelle familiale	6 rue de Galilée - Parc A10 Sud	41260	LA CHAUSSEE SAINT VICTOR
775558778	Mutuelle Entrain	5 boulevard Camille-Flammarion	13001	MARSEILLE
775597768	AMELLIS mutuelles	8/12 rue de la Poyat	39206	SAINT-CLAUDE CEDEX
775641681	Mut'Est	11 boulevard du Président-Wilson	67082	STRASBOURG CEDEX
775648256	SMERRA - Mutuelle étudiante	43 rue Jaboulay	69349	LYON CEDEX 07
775657521	MMJ - Mutuelle du Ministère de la Justice	53 rue de Rivoli	75038	PARIS CEDEX 01
775659923	uMEn	5 rue de Palestro	75002	PARIS
775665631	Mutuelles d'assurances du corps de santé français (MACSF)	10 cours du Triangle de l'Arche TSA 70400	92919	LA DEFENSE CEDEX
775678550	MGC - Mutuelle générale des cheminots	2-4 place de l'Abbé-Henocque	75013	PARIS
775678584	MNT - La mutuelle nationale territoriale	4 rue d'Athènes	75009	PARIS
775685365	Mutuelle Intérieure	32 rue Blanche	75009	PARIS
775685399	MGEN - Mutuelle Générale de l'Education Nationale	3 square Max-Hymans	75748	PARIS CEDEX 15
775688708	Mutuelle Saint-Martin	3 rue Duguay-Trouin	75280	PARIS CEDEX 06
775715683	Mutuelle de Poitiers assurances	Bois du Fief-Clairet BP 80000	86066	POITIERS CEDEX 9
776346462	Santé Mut Roanne	14 rue Roger Salengro	42300	ROANNE
776531642	MFU - Mutuelle de France Unie	39 rue du Jourdil CS 59029	74960	CRAN GEVRIER
776720724	Le refuge mutualiste aveyronnais	Rue Clausel de Coussergues	12103	MILLAU
776949760	MNSPF - Mutuelle nationale des Sapeurs-Pompiers de France	6 boulevard Déodat de Severac CS 60327	31773	COLOMIERS CEDEX
776950537	Mutuelle du rempart	1 rue d'Austerlitz CS 27261	31072	TOULOUSE CEDEX 6
776950677	Mutami	70 boulevard Matabiau - BP 7051	31069	TOULOUSE CEDEX 07
777749409	M.B.A Mutuelle	62, Boulevard Jean Mermoz	35207	RENNES CEDEX 2
777927120	VIASANTE Mutuelle	14-16 Boulevard Malesherbes	75008	PARIS
778542852	MMC - Mutuelle Médico Chirurgicale	6 rue Paul Morel - BP 80283	70000	VESOUL
778847301	SORUAL - Solidarité rurale et urbaine d'Alsace	7 place des Halles	67000	STRASBOURG
779445436	Mutuelle de France SAMIR	7 rue Pasteur	26000	VALENCE
779558428	Mutuelle fraternelle des territoriaux de Grenoble	9 rue Général Ferrié BP 42542	38035	GRENOBLE CEDEX 2

779558501	Apivia Macif Mutuelle	17-21 Place Etienne Pernet	75015	PARIS
779827054	Mutuelle interprofessionnelle du personnel des organismes sociaux (MIPOS)	86 rue Massena	69006	LYON
779846849	So'Lyon Mutuelle	18 rue Gabriel Péri - CS 30094	69623	VILLEURBANNE CEDEX
780004099	ACORIS Mutuelles	6-8 viaduc Kennedy	54042	NANCY CEDEX
780349924	Aubéane Mutuelle de France	59 boulevard Blanqui CS 23013	10012	TROYES CEDEX
780508073	CCMO Mutuelle	6 avenue du Beauvaisis PAE du Haut-Villé CS 50993	60014	BEAUVAIS CEDEX
780716197	COMPLEVIE	6 rue Saint-Nicolas CS 85047	14050	CAEN CEDEX 04
780915898	Mutame & Plus	4 rue Emile Enault CS 72208	50008	SAINT-LÔ CEDEX
781017108	Mutuelle UDT - Mutuelle Union des Travailleurs de Dieppe	34 boulevard Général de Gaulle BP 138	76204	DIEPPE
781123450	SMENO - Société mutualiste des étudiants du Nord et du Nord-Ouest	43 boulevard de la Liberté	59400	LILLE
781166210	Mutuelle 403	16 rue de René Goscinny CS 20000	16013	ANGOULEME CEDEX
781847975	Mutuelle Médicale Chirurgicale Atlantique (MMCA)	1 rue Pierre Chareau Les Diversités	33300	BORDEAUX
782416127	MFAS - Mutuelle de France Alpes du Sud	16 avenue des Arcades - BP 2	04201	SISTERON CEDEX
782825343	Solimut Mutuelle du Lacydon	1 rue François Moisson	13002	MARSEILLE
783005655	Mutuelle de la Corse	8/10 Avenue du Maréchal Sebastiani CS 80277	20296	BASTIA CEDEX
783169220	Emoa Mutuelle du Var	89 place de la Liberté BP 5006	83091	TOULON CEDEX
783332448	MGEL - Mutuelle générale des étudiants de l'Est	44 cours Léopold - BP 4208	54042	NANCY CEDEX
783747793	Mutuelle Le libre choix	Boulevard de l'Europe CS 30143	59602	MAUBEUGE CEDEX
783864150	Mutuelle Just'	53 avenue de Verdun CS 30259	59306	VALENCIENNES CEDEX
784198988	MFIF - Mutuelle familiale de l'Ile de France	12 villa Laugier	75017	PARIS

784227894	MCVPAP - Mutuelle Complémentaire de la Ville de Paris, de l'Assistance Publique et des administrations annexes	52 rue de Sévigné	75003	PARIS
784301475	MGAS - Mutuelle générale des affaires sociales	96 avenue de Suffren	75730	PARIS CEDEX 15
784338618	MCEN - Mutuelle des clercs et employés de notaire	22 rue de l'Arcade	75397	PARIS CEDEX 08
784442899	MNFCT - Mutuelle Nationale des Fonctionnaires des Collectivités Territoriales	3 rue Franklin CS 30036	93108	MONTREUIL CEDEX
784442915	La Mutuelle familiale	52 rue d'Hauteville	75010	PARIS
784442923	La solidarité mutualiste	32 rue de Cambrai	75019	PARIS
950396911	MUTUALP	144 rue Garibaldi	69006	LYON

Centre national de gestion

Arrêté du 4 janvier 2022 modifiant l'arrêté du 27 décembre 2018 portant composition nominative du comité consultatif national de la fonction publique hospitalière

NOR : SSAN2230008A

La directrice générale du Centre national de gestion,

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, et notamment son article 9 ;

Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 modifié portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 2005-921 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 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° 2016-1065 du 3 août 2016 relatif au comité consultatif national de la fonction publique hospitalière prévu à l'article 25 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu l'arrêté modifié du 27 décembre 2018 portant composition nominative du comité consultatif national de la fonction publique hospitalière,

Arrête :

Article 1^{er}

L'article 1^{er} de l'arrêté susvisé du 27 décembre 2018 est modifié comme suit :

REPRESENTANTS DES PERSONNELS DE DIRECTION

Membres titulaires

Madame Pascale MOCAER (SMPS-UNSA) en remplacement de Madame Chantal MILLIET (SMPS-UNSA).

Membres suppléants

Madame Hélène BULLE-TRNAVAC (SMPS-UNSA) en remplacement de Monsieur Hervé QUINART (SMPS-UNSA) ;

Madame Céline LAROCHE (SMPS-UNSA) en remplacement de Monsieur Rémy CHAPIRON (SMPS-UNSA) ;

Madame Corinne SENESCHAL (SMPS-UNSA).

Article 2

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

Fait le 4 janvier 2022.

La directrice générale
du Centre national de gestion,
Eve PARIER


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

NOTE D'INFORMATION N° DGOS/R2/2022/2 du 4 janvier 2022 relative au déploiement des dispositifs d'accueil et d'accompagnement des victimes de violences conjugales, intrafamiliales et/ou sexuelles au sein des établissements de santé.

La directrice générale de l'offre de soins

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Copie à :

Conférences des directeurs de centres hospitaliers régionaux
universitaires (CHRU) et de centres hospitaliers (CH)

Fédérations hospitalières

Conférences de présidents de commissions médicales
d'établissements (PCME)

Société française de médecine légale

Ordres professionnels de santé

Unions régionales des professionnels de santé

Référence	NOR : SSAH2200369N (numéro interne : 2022/2)
Date de signature	04/01/2022
Emetteur	Ministère des solidarités et de la santé Direction générale de l'offre de soins
Objet	Information relative à la circulaire interministérielle intérieur / justice / santé du 25 novembre 2021 qui prévoit le déploiement des dispositifs d'accueil et d'accompagnement des victimes de violences conjugales, intrafamiliales et/ou sexuelles au sein des établissements de santé.
Contacts utiles	Pôle Sécurité générale et Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) Personne chargée du dossier : Vincent TERRENOIR Tél. : 01 40 56 71 40 Mél. : vincent.terrenoir@sante.gouv.fr dgos-onvs@sante.gouv.fr Sous-direction de la régulation et de l'offre de soins Bureau R2 (Premier recours) Mél. : DGOS-R2@sante.gouv.fr

Nombre de pages et annexe	3 pages + 1 annexe (75 pages) Annexe : Circulaire interministérielle du 25 novembre 2021 relative au déploiement des dispositifs d'accueil et d'accompagnement des victimes de violences conjugales, intrafamiliales et/ou sexuelles au sein des établissements de santé.
Résumé	Un protocole national vise à favoriser le déploiement des dispositifs d'accueil et d'accompagnement des victimes de violences conjugales, intrafamiliales et/ou sexuelles au sein des établissements de santé. Le dispositif est présenté dans le cadre d'une circulaire interministérielle et d'une boîte à outils.
Mention Outre-mer	Cette instruction s'applique aux Outre-mer.
Mots-clés	Violences conjugales, sexuelles, intrafamiliales, dépôt de plainte, dépôt de plainte simplifié, signalement, recueil de preuve sans plainte, établissements de santé, médecine légale.
Classement thématique	Etablissements de santé
Texte de référence	Circulaire interministérielle intérieur / justice / santé du 25 novembre 2021 (NOR : JUSD2135042C) validée pour régularisation par le CNP le 10 décembre 2021 - Visa CNP 2021-146
Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP du 7 janvier 2022 – N° 2	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

La présente note d'information a pour objet de vous informer de la publication de la circulaire interministérielle intérieur / justice / santé du 25 novembre 2021 relative au déploiement des dispositifs d'accueil et d'accompagnement des victimes de violences conjugales, intrafamiliales et/ou sexuelles au sein des établissements de santé.

Elle doit favoriser le déploiement des dispositifs d'accueil et d'accompagnement des victimes par l'ensemble des partenaires qui oeuvrent à leur protection, ou améliorer les dispositifs déjà existants en les complétant le cas échéant, afin en particulier de faciliter le recueil de preuves sans plainte.

Pour aider à cette mise en œuvre, une boîte à outils de 72 pages, figurant en annexe de la circulaire interministérielle précitée, a été élaborée dans le cadre d'un groupe de travail interministériel constitué sous l'impulsion du ministère de la Justice. Cette boîte comprend :

- un modèle de protocole d'accueil et d'accompagnement des victimes de violences conjugales, intrafamiliales et/ou sexuelles au sein des établissements de santé ;
- des fiches action : « Accueil et information de la victime : intervention des associations d'aide aux victimes de violences », « Evaluation et prise en charge individualisée des victimes (dispositif EVVI) », « Dépôt de plainte », « Signalement judiciaire », « Indicateurs de suivi », « Situation des mineurs victimes et/ou témoins », « Formation Gendarmerie nationale », « Formation Police nationale », « Dossier conservatoire "recueil de preuves sans plainte" » ;

- des trames de liaison à destination des associations d'aide aux victimes, de réquisition d'une association d'aide aux victimes, de dépôt de plainte simplifié, de signalement au procureur de la République, d'accord à signalement par les victimes, de recueil du consentement et d'information de la victime dans le cadre du recueil de preuves sans plainte.

Je vous saurai gré de bien vouloir assurer la diffusion de la présente note et de son annexe aux organismes listés ci-dessus.

La directrice générale de l'offre de soins,

A stylized, bold, black signature that reads "signé".

Katia JULIENNE

ANNEXE



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Paris, le 25 novembre 2021

Le ministre de l'Intérieur

Le garde des Sceaux, ministre de la Justice

Le ministre des Solidarités et de la Santé

A

Pour attribution

Monsieur le préfet de police

Mesdames et Messieurs les préfets de zone de défense et de sécurité, de région et de département
(métropole et Outre-mer)

Madame la préfète de police des Bouches-du-Rhône

Mesdames et Messieurs les procureurs généraux près les cours d'appel

Madame la procureure de la République près le tribunal supérieur d'appel

Mesdames et Messieurs les procureurs de la République près les tribunaux judiciaires

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé

Pour information

Mesdames et Messieurs les premiers présidents des cours d'appel

Monsieur le président du tribunal supérieur d'appel

Mesdames et Messieurs les présidents des tribunaux judiciaires

N° NOR : JUSD2135042 C

N° CIRCULAIRE : CRIM-2021-13/E6 – 24.11.2021

N/REF : CRIM-BPJ N° 2021/0139/H8

Titre : Déploiement des dispositifs d'accueil et d'accompagnement des victimes de violences conjugales, intrafamiliales et/ou sexuelles au sein des établissements de santé.

Annexes :

- Modèle de protocole d'accueil et d'accompagnement des victimes de violences conjugales, intrafamiliales et/ou sexuelles au sein des établissements de santé,
- Fiches action : « Accueil et information de la victime : intervention des associations d'aide aux victimes de violences », « Evaluation et prise en charge individualisée des victimes (dispositif EVVI) », « Dépôt de plainte », « Signalement judiciaire », « Indicateurs de suivi »,

- « Situation des mineurs victimes et/ou témoins », « Formation Gendarmerie nationale », « Formation Police nationale », « Dossier conservatoire "recueil de preuves sans plainte" »,
 - Trames de liaison à destination des associations d'aide aux victimes, de réquisition d'une association d'aide aux victimes, de dépôt de plainte simplifié, de signalement au procureur de la République, d'accord à signalement par les victimes, de recueil du consentement et d'information de la victime dans le cadre du recueil de preuves sans plainte.

Déclarée grande cause du quinquennat, l'égalité entre les femmes et les hommes est une priorité du Gouvernement qui s'engage et lutte contre toutes les formes de violences notamment conjugales.

Ainsi dans le prolongement du Grenelle des violences conjugales et du rapport de la mission d'inspection conjointe¹ relative au recueil de preuves sans plainte pour les victimes de violences physiques et sexuelles de 2019, il convient de favoriser la généralisation, sur l'ensemble du territoire national, des dispositifs de prise en charge au sein des établissements de santé des victimes majeures² de toutes formes de violence (psychologique et/ou physique), commises dans un cadre conjugal ou intrafamilial et/ou de toute infraction de nature sexuelle.

La protection de ces victimes commande en effet la mise en place d'un *continuum* de prise en charge, complet et pluridisciplinaire³ afin de favoriser leur dépôt de plainte et à défaut, de préserver leurs droits en vue d'une révélation ultérieure des faits et d'une éventuelle exploitation judiciaire.

A cette fin, une boîte à outils relative à l'accueil et l'accompagnement des victimes de violences conjugales, intrafamiliales et/ou sexuelles au sein des établissements de santé a été élaborée dans le cadre d'un groupe de travail interministériel constitué sous l'impulsion du ministère de la Justice.

Elle doit favoriser le déploiement des dispositifs d'accueil et d'accompagnement des victimes par l'ensemble des partenaires qui œuvrent à leur protection, ou améliorer les dispositifs déjà existants en les complétant le cas échéant, afin en particulier de faciliter le recueil de preuves sans plainte.

Elle s'inscrit ainsi en complémentarité des travaux menés dans le cadre du Grenelle relatifs au secret médical et aux violences au sein du couple ayant abouti au [vade-mecum élaboré en partenariat avec la Haute autorité de santé et le conseil national de l'Ordre des médecins publié en octobre 2020](#), ainsi que des conventions santé-sécurité-justice issues des instructions ministérielles des 3 septembre et 20 décembre 2019.

L'élaboration de ces outils méthodologiques s'est largement inspirée des dispositifs locaux qui se sont multipliés au cours des vingt dernières années. De nombreuses conventions ont en effet été conclues entre les acteurs judiciaires et les établissements de santé afin de faciliter le signalement à l'autorité judiciaire, le dépôt de plainte au sein de l'établissement de santé ou le recueil de preuves sans plainte.

Ces dispositifs opérationnels permettent de mieux répondre aux attentes des victimes en simplifiant leurs démarches judiciaires, tout en préservant leurs droits.

Sont ainsi mis à disposition des acteurs locaux, un modèle de protocole, des fiches action détaillant les modalités pratiques d'intervention de chaque acteur ainsi que des trames afin de faciliter leurs démarches.

¹ IGA-IGAS-IGJ.

² Les victimes mineures font en effet l'objet de dispositifs spécifiques, notamment dans le cadre des unités d'accueil pédiatriques enfance en danger (UAPED), voir en ce sens la [dépêche DACG du 5 novembre 2021 relative à la généralisation à l'ensemble du territoire des UAPED](#).

³ Médicale, psychologique, médico-légale, sociale et juridique.

Le modèle de protocole vient concrétiser les engagements de chaque acteur afin d'assurer une égalité et une qualité harmonisée d'accueil et d'accompagnement des victimes sur l'ensemble du territoire.

Les acteurs sont invités à enrichir ces engagements par diverses options facultatives, afin d'optimiser les dispositifs de prise en charge, en considération des ressources locales. Ces options ont vocation à être déclinées de manière concertée par les différents acteurs locaux pour définir les modalités les plus adaptées à leurs territoires.

La victime est au centre de ce protocole qui se décline, tout au long de sa prise en charge, selon l'expression de sa volonté et de ses besoins :

- **Si elle souhaite déposer plainte**, le modèle de protocole décline trois possibilités de prise en charge, dont la dernière est facultative :
 - Le dépôt de plainte simplifié afin de permettre à la victime de remplir un formulaire de dépôt de plainte au sein de l'établissement de santé, lequel est transmis aux services d'enquête aux fins d'audition ultérieure.
 - La prise de rendez-vous par l'établissement de santé avec les services enquêteurs afin de procéder à l'audition dans les meilleurs délais de la victime, et d'éviter toute rupture dans son accompagnement.
 - Le dépôt de plainte *in situ*, y compris hors le cas d'urgence lié à l'état de santé de la victime.
- **Si elle ne souhaite pas déposer plainte**, le protocole précise les cas et modalités de signalement des faits par le professionnel de santé à l'autorité judiciaire et à défaut, la possibilité d'un recueil de preuves sans plainte afin de préserver ses droits en vue d'une éventuelle exploitation judiciaire ultérieure.

Le **recueil de preuves sans plainte** constitue une réponse aux besoins des victimes qui peuvent appréhender la révélation immédiate des faits et doivent ainsi pouvoir bénéficier d'un temps de réflexion dans le cadre d'un accompagnement. Il permet en effet, avec leur accord, de préserver leurs droits et d'éviter la déperdition des preuves, par le recueil et la conservation des constatations médicales, de photographies voire des prélèvements par les établissements de santé. Afin de faciliter son déploiement, le protocole détaille ce processus et permet de sécuriser à droit constant le cadre juridique applicable à ce dispositif. Dans les établissements de santé dotés d'une unité médico-judiciaire, l'intégralité des dispositions relatives au recueil de preuves sans plainte, y compris celles relatives aux prélèvements, a vocation à s'appliquer.

Nous vous saurions gré de tenir informées la direction des affaires criminelles et des grâces, la direction générale de police nationale, la direction générale de la gendarmerie nationale ainsi que la direction générale de l'offre de soins de toute difficulté rencontrée dans l'exécution de la présente circulaire.

Le ministre de l'Intérieur,



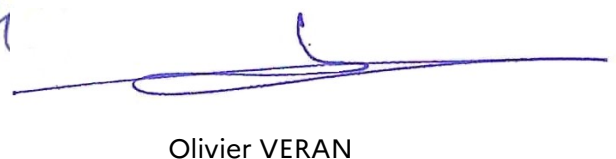
Gérald DARMANIN

Le garde des Sceaux,
ministre de la Justice,



Eric DUPOND-MORETTI

Le ministre des Solidarités
et de la Santé,



Olivier VERAN

GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

DISPOSITIFS D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT DES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES, INTRAFAMILIALES ET/OU SEXUELLES AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ



SOMMAIRE

01 -

Notice d'utilisation du modèle de protocole

02 -

Schéma d'organisation

03 -

Modèle de protocole

04 -

Fiches action

- Accueil et information de la victime : intervention des AAV
- Évaluation et prise en charge individualisée des victimes (dispositif EVVI)
- Dépôt de plainte
- Signalement judiciaire
- Indicateurs de suivi
- Situation des mineurs victimes et/ou témoins
- Formation Police nationale
- Formation Gendarmerie nationale
- Dossier conservatoire « recueil de preuves sans plainte »
 - ♦ Annexe 1 : consentement
 - ♦ Annexe 2 : certificat médical initial
 - ♦ Annexe 3 : vademecum prélèvements conservatoires
 - ♦ Annexe 4 : fiche de correspondance des écouvillons
 - ♦ Annexe 5 : remise de prélèvements à l'officier de police judiciaire

05 -

Trames

- Trame de liaison à destination des associations d'aide aux victimes
- Trame de réquisition d'une association d'aide aux victimes aux fins d'évaluation personnalisée (dispositif EVVI - article 10-5 du code de procédure pénale)
- Trame de réquisition d'une association d'aide aux victimes (article 41 du code de procédure pénale)
- Trame de dépôt de plainte simplifié
- Trame de signalement au procureur de la République
- Trame d'accord à signalement par les victimes
- Trame de recueil du consentement et d'information de la victime dans le cadre du recueil de preuves sans plainte

01 -

NOTICE D'UTILISATION DU MODÈLE DE PROTOCOLE

**GOUVERNEMENT***Liberté
Égalité
Fraternité*

NOTICE D'UTILISATION DU MODÈLE DE PROTOCOLE D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT DES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES, INTRAFAMILIALES ET/OU SEXUELLES AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ :

Ce modèle de protocole comprend 11 articles qui détaillent des modalités d'application du schéma d'organisation proposé.

Ces articles développent une base de modalités et d'engagements déclinés pour chaque acteur. Ces engagements figurent en noir et ont vocation à être systématiques. Sur cette base, les acteurs sont invités à enrichir ces engagements par l'ajout d'options alternatives ou complémentaires, matérialisées en vert : elles visent à optimiser les dispositifs de prise en charge pour les personnes victimes, en considération de la politique et des ressources locales.

L'ensemble des dispositions du protocole ont en effet vocation à être déclinées de manière concertée par l'ensemble des acteurs amenés à collaborer directement afin de définir les modalités les plus adaptées à leurs territoires et les plus opérationnelles au quotidien. Les acteurs sont en outre invités à compléter le protocole d'annexes, comprenant notamment les coordonnées des différents contacts et référents, et les trames utiles.

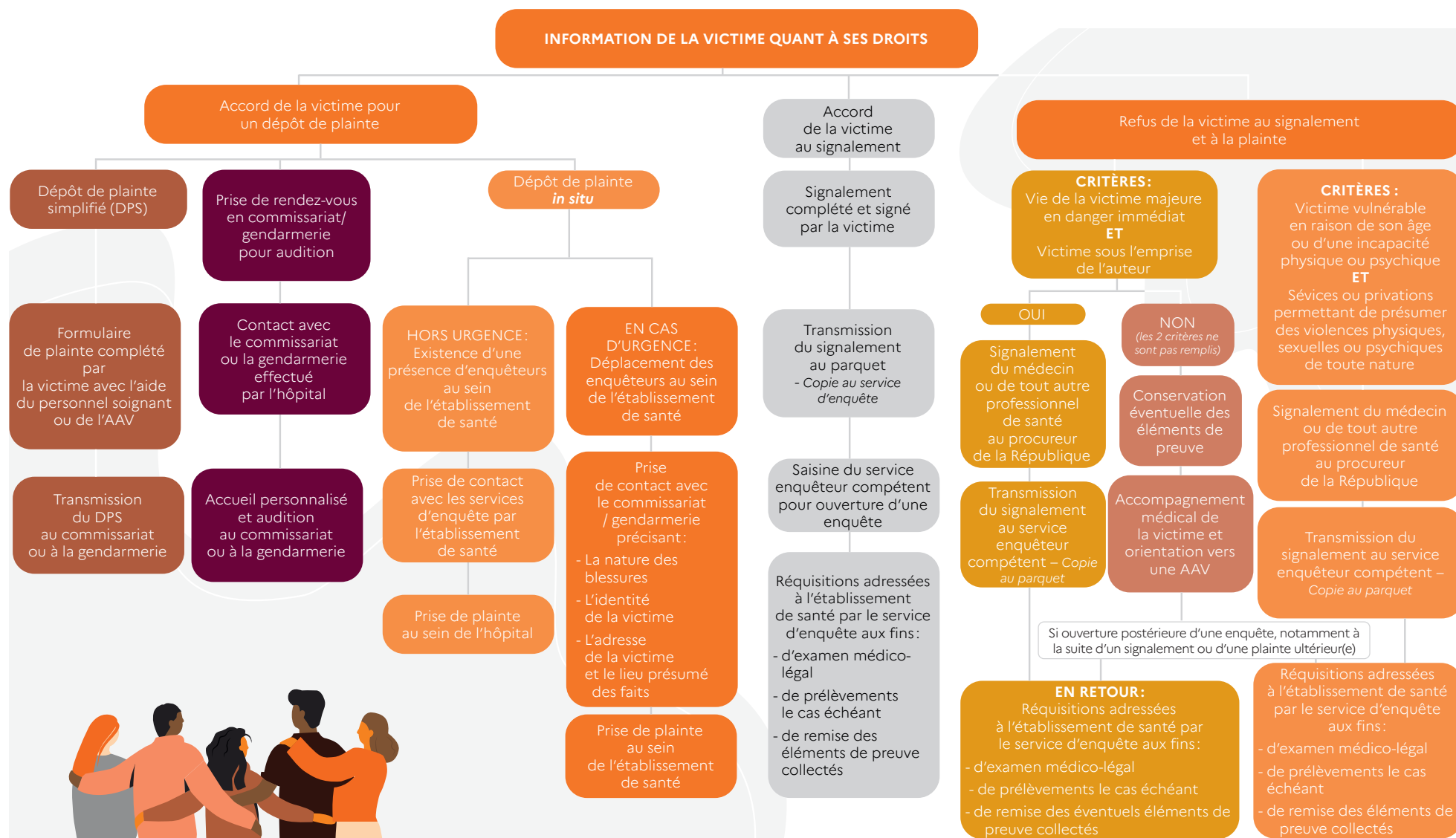
Lorsque l'établissement de santé signataire est doté d'une unité médico-judiciaire (UMJ), il convient de souligner que certaines dispositions optionnelles (vertes) doivent être systématiquement intégrées au protocole (noir) :

- Les dispositions relatives aux conditions d'intervention des associations d'aide aux victimes : « adresser la victime à la permanence sur site de l'association d'aide aux victimes ou programmer un rendez-vous sur les temps de permanence de l'association » (article 5),
- L'ensemble des dispositions relatives au recueil de preuve sans plainte (article 8).

Est joint à la présente notice un schéma d'organisation comprenant l'intégralité des modalités offertes par le protocole-type y compris les options maximales. Il conviendra pour les acteurs locaux de le modifier afin de ne retenir que les dispositions réellement retenues par le protocole ratifié localement.

02 -

SCHÉMA D'ORGANISATION



03 - MODÈLE DE PROTOCOLE

**GOVERNEMENT**Liberté
Égalité
Fraternité

MODÈLE DE PROTOCOLE D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT DES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES, **INTRAFAMILIALES ET/OU SEXUELLES AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

Vu le 5^e plan interministériel de prévention et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes, 2017-2019,
Vu la grande cause nationale lancée par le président de la République le 25 novembre 2017,
Vu la loi n° 2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales,
Vu la circulaire du garde des sceaux du 23 septembre 2020 relative à la politique pénale en matière de lutte contre les violences conjugales,
Vu la circulaire n°INTK2000182J du 20 décembre 2019 du ministère de l'intérieur relative au suivi des mesures du Grenelle de lutte contre les violences conjugales,

Entre :

- Le préfet du département de X,
- Le procureur de la République près le tribunal judiciaire de X,
- Le conseil départemental de X, représenté par X, président
- La direction départementale de la sécurité publique de X, représentée par X, directeur
- Le groupement de gendarmerie de X, représenté par X, commandant de groupement
- L'agence régionale de santé, représentée par X, directeur général
- L'établissement de santé de X, représenté par X, directeur
- L'association d'aide aux victimes X, représentée par X, président
- Le barreau de X, représenté par X, bâtonnier

Il est convenu ce qui suit :

ARTICLE 1^{ER} : OBJECTIFS DU PROTOCOLE

Les établissements de santé sont, par nature, susceptibles d'accueillir et de prendre en charge des personnes victimes de violences conjugales, **intrafamiliales**¹ et/ou sexuelles. La lutte contre ces violences et la protection des victimes commandent la mise en place d'un continuum dans leur prise en charge et leur accompagnement vers la révélation des faits, afin de pallier les difficultés matérielles et craintes psychologiques qu'elles éprouvent à entamer ou à poursuivre leurs démarches judiciaires au regard de la lourdeur de celles-ci et de leurs conséquences.

Ce protocole vise à l'amélioration de l'accueil et de l'accompagnement tant médical² ou médico-légal que social et juridique des victimes, à favoriser la détection dans les établissements de santé des situations de violences et leur signalement accru, ainsi qu'à faciliter la démarche de dépôt de plainte :

- en informant les victimes de leurs droits,
- en les accompagnant vers la révélation des faits à destination de l'autorité judiciaire et/ou des forces de sécurité intérieure et en facilitant leurs démarches,
- en adaptant les modalités de dépôt de plainte à la situation de chaque victime,
- en facilitant la réalisation d'un examen médical ou médico-légal dans la continuité de son accueil dans l'établissement de santé, soit sur réquisition judiciaire, soit dans une démarche conservatoire,
- en permettant, pour les personnes victimes qui ne souhaitent pas immédiatement déposer plainte, la réalisation de constats **et de prélèvements conservatoires** dans la perspective d'une éventuelle procédure judiciaire.

¹ S'agissant des violences entre ascendants, descendants, collatéraux majeurs.

² Somatique et psychologique.

À cette fin, le présent protocole instaure les principes d'une collaboration et d'une coordination institutionnelles de l'ensemble des acteurs qui concourent à la lutte contre les violences conjugales, **intrafamiliales** et/ou sexuelles: les autorités judiciaires, les établissements de santé, les forces de sécurité intérieure, **les services de l'État dont le réseau en charge de l'égalité entre les femmes et les hommes, et le secteur associatif (dont les associations d'aide aux victimes comprenant les associations agréées par le ministère de la Justice et les associations spécialisées dans l'écoute, l'accueil et l'accompagnement des victimes de violences).**

ARTICLE 2: ENGAGEMENTS DES SIGNATAIRES

Le développement d'un partenariat institutionnel permettant d'améliorer la coordination et la qualité des interventions de l'ensemble des acteurs, et ainsi les réponses apportées aux différentes situations dans lesquelles se trouvent les victimes, il convient de préciser les conditions dans lesquelles les acteurs du protocole organisent leur collaboration en matière:

- d'information, de soutien psychologique et d'accompagnement aux démarches sociales, juridiques et judiciaires (association d'aide aux victimes),
- de transmission d'informations des personnels hospitaliers aux services de police ou de gendarmerie,
- de signalement par les médecins auprès des autorités judiciaires,
- d'intervention des services de police et de gendarmerie auprès des établissements de santé,
- d'exécution des actes de police judiciaire au sein des établissements de santé,
- de formation au profit de l'ensemble des personnels concernés,
- **d'accompagnement juridique et de conseil par les avocats, le cas échéant dans le cadre de permanences sur place (barreau),**
- **de coopération entre médecine hospitalière et médecine de premier recours, dans le respect des orientations régionales de santé (ARS),**
- **de promotion du dispositif auprès des acteurs et des personnes ressources du territoire (préfecture).**

Chaque structure signataire s'engage également à porter le présent protocole à la connaissance de l'ensemble de ses agents ou salariés.

ARTICLE 3: PÉRIMÈTRE DU PROTOCOLE

Le présent protocole s'applique aux victimes majeures:

- de toutes formes de violences, psychologiques et/ou physiques, commises dans un cadre conjugal/**intrafamilial**,
- Et/ou
- de toute infraction de nature sexuelle.

Il s'applique à **l'ensemble des sites du groupe hospitalier X/à l'UMJ de X/ au service des urgences de X/ au service des urgences gynécologiques de X.**

Les annexes du protocole constituent des outils opérationnels qui ont vocation à préciser le traitement d'un certain nombre de situations, la conduite à tenir, et à identifier les interlocuteurs à mobiliser dans l'accompagnement des victimes.

ARTICLE 4: RÉFÉRENTS

- Désignation des référents

Afin de permettre l'exécution du présent protocole, chaque partie signataire désigne des référents **et des suppléants** ayant pour mission, en qualité de relais institutionnels pour les acteurs intervenants, d'assurer la coordination entre les différents partenaires signataires.

Les coordonnées de contact de ces différents référents et suppléants sont détaillées en annexe du présent protocole, et régulièrement actualisées. Ces référents ne sont pas systématiquement actionnés pour chaque situation particulière mais ils veillent, pour leur institution ou établissement, à l'application effective du présent protocole.

Pour les établissements de santé de X, en cas d'absence des référents et de leurs suppléants (hors heures ouvrées, formation, congés, etc.), le cadre de santé d'astreinte et l'administrateur de garde assurent la continuité de l'application de ce protocole.

- Formation des référents

Les différentes parties au présent protocole s'engagent à ce que les référents soient formés sur leur rôle le plus rapidement possible après leur désignation.

En outre, l'établissement de santé s'engage à assurer une formation continue sur l'accueil et la prise en charge adaptée des victimes de violences conjugales, intrafamiliales et/ou sexuelles, aux personnels médicaux et paramédicaux appelés à intervenir auprès de ces dernières.

Ces formations devront porter sur :

- les obligations incombant aux personnels soignants à l'occasion de la suspicion ou de la révélation de violences,
- l'accueil spécifique à organiser pour les victimes,
- les modalités de mise en œuvre de la coopération interservices ou inter-établissements, et l'amélioration des outils et moyens mis en œuvre dans cette coopération.

Les différentes parties au protocole s'engagent à contribuer à l'élaboration d'un plan de formation minimum, lorsqu'il n'existe pas, dans les X mois de la mise en place du protocole, et à permettre que les agents concernés aient accès à ces formations au minimum une fois par an. Ce plan de formation, ainsi que les outils qui l'accompagnent, sont évalués de façon concertée une fois par an.

ARTICLE 5: ACCUEIL, INFORMATION ET ACCOMPAGNEMENT DE LA VICTIME

L'établissement de santé s'engage à :

- Privilégier un accueil psycho-médico-social permettant une prise en charge rapide et explicitée à la victime par une personne référente, le cas échéant dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire ;
- Préparer la victime à l'examen médical général ou le cas échéant, spécialisé, et examiner ses capacités à le subir ;
- Proposer à la victime un accompagnement psychologique ;
- Informer la victime de ses droits, à chaque étape de son parcours hospitalier, quel que soit son positionnement quant à la révélation des faits aux services d'enquête ou autorités judiciaires ;
- Proposer, dans la limite de ses capacités organisationnelles et immobilières, des locaux d'accueil régulier ou ponctuel, pour les associations d'aide aux victimes, les avocats, les policiers et les gendarmes,
- En cas d'impossibilité pour l'association d'aide aux victimes et/ou les enquêteurs de se déplacer, proposer à la victime une hospitalisation dans l'attente de leur venue ; à défaut, solliciter un hébergement d'urgence dédié aux victimes de violences conjugales auprès du 115 ;
- Organiser la prise en charge du/des mineurs accompagnant la victime durant le temps de son audition le cas échéant dans le cadre de l'UAPED³, en lien avec le Conseil départemental. En cas d'hospitalisation de la victime, contacter le Conseil départemental aux fins de recherche, en lien avec le parquet, des possibilités d'hébergement du/des mineurs (auprès des proches, en vue d'un accueil provisoire ou d'un placement en urgence).

Lorsque la victime se présente à l'établissement de santé sur orientation des services de police ou de gendarmerie, l'établissement est requis aux fins d'assurer sa prise en charge médico-légale.

³ Unité d'accueil pédiatrique enfance en danger.

Lorsque la victime se présente spontanément, c'est-à-dire sans avoir déposé plainte préalablement auprès d'un service de police ou de gendarmerie, l'établissement de santé lui assure une prise en charge adaptée à ses besoins médicaux et psychologiques. S'il s'agit de faits de violences sexuelles, un contact téléphonique doit être établi par le professionnel de santé accueillant, avec l'astreinte/la permanence médico-légale de son établissement ou avec celle de l'unité médico-judiciaire la plus proche.

La victime est également informée de ses droits, de sa possibilité de déposer plainte ou de signaler les faits, et de bénéficier d'un accompagnement pour le faire, ainsi que de sa possibilité de consentir au seul recueil d'éléments conservatoires (certificat médical, photographies, **le cas échéant prélèvements**) si elle n'est pas prête à accomplir immédiatement une telle démarche.

- Si la victime souhaite déposer plainte: se reporter à l'article 6,
- Si la victime ne souhaite pas déposer plainte au moment de sa prise en charge médicale:
 - Si la victime donne son accord au signalement ou si les conditions légales du signalement sont réunies: se reporter à l'article 7 ;
 - À défaut, l'établissement de santé lui propose le recueil d'éléments conservatoires: se reporter à l'article 8.

En tout état de cause, l'établissement de santé informe systématiquement la victime de la possibilité de déposer plainte à tout moment.

L'accompagnement par le service social de l'établissement de santé est systématiquement proposé à la victime, qu'il intervienne dès son passage aux urgences **ou par un contact dans les jours suivants sa sortie de l'établissement**, en coordination étroite avec les associations d'aide aux victimes.

Lorsque la victime a été orientée vers l'établissement de santé par un praticien de médecine de premier recours (médecin généraliste, pharmacien, sage-femme, gynécologue libéral, tout autre professionnel de santé) ou un psychologue, ce praticien ou ce psychologue est systématiquement informé des suites données à cette orientation par l'établissement de santé⁴.

Conditions d'intervention des associations d'aide aux victimes

L'établissement de santé s'engage à :

- Informer systématiquement la victime sur ses possibilités d'accompagnement en lui communiquant les coordonnées des structures existantes sur le département (annexe) et lui remettant les plaquettes ad hoc.
- Proposer à la victime de recueillir ses coordonnées via une fiche navette (annexe) pour que l'association d'aide aux victimes puisse la recontacter sous X jours afin de lui proposer un accompagnement juridique et social qui pourra aboutir à un signalement ou à une plainte.
- **Proposer à la victime un contact immédiat avec l'association d'aide aux victimes (audio, visioconférence ou présentiel). Ce contact peut se traduire par la prise d'un rendez-vous avec les juristes, psychologues et travailleurs sociaux de cette association.**
- **Adresser la victime à la permanence sur site de l'association d'aide aux victimes ou programmer un rendez-vous sur les temps de permanence de l'association [Cette disposition optionnelle devient systématique lorsque l'établissement de santé est doté d'une unité médico-judiciaire].**

Ces propositions doivent avoir lieu même si la victime est déjà connue des établissements de santé et a déjà bénéficié de la diffusion d'informations et d'une orientation vers l'association d'aide aux victimes.

Informé d'un dépôt de plainte en application de l'article 6 ou d'un signalement en application de l'article 7 du protocole, le procureur de la République requiert l'association agréée d'aide aux victimes⁵ aux fins d'accompagnement sur le fondement des dispositions de l'article 41 du code de procédure pénale **et/ou d'évaluation sur le fondement des dispositions de l'article 10-5 du même code notamment en considération de l'importance du préjudice subi par la victime, des circonstances de la commission de l'infraction,**

⁴ Confirmation ou non de la prise en charge de la victime.

⁵ Voir les trames de réquisitions figurant en annexe.

de sa vulnérabilité particulière (âge, situation de grossesse, existence d'un handicap), de l'existence d'un risque d'intimidation ou de représailles, ou de l'existence d'une situation d'emprise⁶.

ARTICLE 6: PRISE DE PLAINTE

Lorsque la victime se présente spontanément à l'établissement de santé et qu'informée de ses droits, elle souhaite déposer plainte, les modalités de ce dépôt de plainte sont aménagées ainsi qu'il suit :

1. Dépôt de plainte simplifié (DPS)

L'établissement de santé / l'association d'aide aux victimes met à sa disposition le formulaire de dépôt de plainte simplifié figurant en annexe.

Il est rédigé par la victime avec l'aide de l'association d'aide aux victimes/du service juridique ou de l'assistante sociale de l'établissement de santé/du personnel soignant.

Puis le DPS est transmis sans délai par l'établissement de santé au service enquêteur territorialement compétent par voie électronique. Par défaut, le service compétent est le service sur le ressort duquel les faits ont été commis (il convient de se référer aux dires de la victime, à défaut, de considérer le domicile conjugal).

L'annexe jointe au présent protocole permet de déterminer quel service doit être saisi en fonction de la liste des communes du ressort du tribunal judiciaire/département de X et de connaître les coordonnées du service compétent.

En cas de doute ou lorsque ni le lieu des faits ni le domicile de la victime ne se trouvent dans le ressort du tribunal judiciaire/département de X, le parquet devra être contacté à l'adresse mail suivante : permanence@justice.fr ou magistrat_reférent@justice.fr.

Les situations d'urgence doivent donner lieu à un appel au 17.

Le service enquêteur ainsi saisi s'engage notamment à :

- en cas d'incompétence, communiquer le DPS dans les plus brefs délais au service ou à l'unité territorialement compétent(e),
- ouvrir une enquête sur les faits dénoncés,
- adresser rapidement au directeur de l'établissement de santé une réquisition judiciaire aux fins d'examen médico-légal et de réalisation de prélèvements le cas échéant,
- adresser au directeur de l'établissement de santé une réquisition aux fins d'examen médico-légal des mineurs, lorsqu'il est établi qu'un ou des mineurs présents au sein du foyer sont témoins des faits,
- s'assurer que la victime n'est pas en danger, notamment si elle a quitté l'établissement de santé,
- en informer le procureur de la République,
- saisir l'association agréée d'aide aux victimes conformément aux instructions du procureur de la République.

2. Prise de rendez-vous avec les services enquêteurs

Dans le cadre du présent protocole, et en complément du dépôt de plainte simplifié, l'établissement de santé s'engage à appeler les services de police ou de gendarmerie/le commandement de la police ou de la gendarmerie nationales afin qu'ils facilitent un accueil personnalisé dans leurs locaux ; il appartient aux personnels de santé et aux enquêteurs de s'assurer que la victime se trouve dans des conditions médicales permettant le recueil de sa parole de façon optimale.

⁶ Voir en ce sens les articles D. 1^{er}-3 et suivants du code de procédure pénale et la fiche action relative au dispositif EVVI.

Le service enquêteur ainsi saisi s'engage notamment à :

- Ouvrir une enquête sur les faits dénoncés,
- communiquer à l'établissement de santé une date de rendez-vous dans les meilleurs délais en fonction des contraintes opérationnelles,
- adresser rapidement au directeur de l'établissement de santé une réquisition judiciaire aux fins d'examen médico-légal et de réalisation de prélèvements le cas échéant,
- adresser au directeur de l'établissement de santé une réquisition aux fins d'examen médico-légal des mineurs, lorsqu'il est établi qu'un ou des mineurs présents au sein du foyer sont témoins des faits,
- s'assurer que la victime n'est pas en danger,
- en informer le procureur de la République,
- saisir l'association agréée d'aide aux victimes conformément aux instructions du procureur de la République.

3. Dépôt de plainte *in situ*

3.1. En cas d'urgence

Le recueil de la plainte de la victime *in situ* a lieu lorsque l'état de santé de la victime ou les circonstances le justifient : **en cas d'atteinte majeure à l'intégrité physique** (victime gravement traumatisée, hospitalisée) ou **de danger immédiat pour la vie de la victime** (lorsque la victime n'est pas en mesure de se protéger ou de se déplacer, lorsque l'auteur présumé est présent au sein ou à l'extérieur de l'établissement de santé, en cas de crainte de la victime de retourner au domicile conjugal, en l'absence de solution immédiate d'hébergement).

L'établissement de santé s'engage à permettre l'audition de la victime en son sein dans les conditions et selon les modalités suivantes :

Modalités de communication avec le service enquêteur

L'administrateur de garde ou le cadre de santé référent contacte par téléphone immédiatement le service enquêteur territorialement compétent mentionné en annexe⁷ ou le 17 aux fins d'audition et de réalisation des premières investigations, en précisant :

- La nature des blessures constatées,
- l'identité complète de la victime,
- son adresse et le lieu présumé des faits,
- la situation d'urgence.

Modalités de réalisation de l'audition

L'établissement de santé s'engage à mettre à la disposition des services d'enquête :

- Une place de stationnement dédiée aux forces de sécurité intérieure à proximité du service,
- un accès au service par une entrée située à l'écart de l'accès au public,
- une salle permettant la confidentialité de l'entretien.

Le service enquêteur s'engage notamment à :

- se déplacer dans les meilleurs délais, en fonction des contraintes opérationnelles,
- ouvrir une enquête sur les faits dénoncés,
- procéder à l'audition sur site de la victime,
- adresser immédiatement au directeur de l'établissement de santé une réquisition judiciaire aux fins d'examen médico-légal et de réalisation de prélèvements le cas échéant,
- adresser au directeur de l'établissement de santé une réquisition aux fins d'examen médico-légal des

⁷ En fonction du lieu des faits ou à défaut, de l'adresse du domicile conjugal (cf article 6.1), conformément au tableau des services enquêteurs annexé.

- mineurs, lorsqu'il est établi qu'un ou des mineurs présents au sein du foyer sont témoins des faits,
- en informer le procureur de la République,
- saisir l'association d'aide aux victimes conformément aux instructions du procureur de la République.

3. 2. En l'absence d'urgence

Le service X de l'établissement de santé de X et le commissariat ou la brigade de gendarmerie de X pourront organiser selon leurs contraintes opérationnelles une présence d'OPJ ou d'APJ du commissariat ou de la brigade de gendarmerie de X au sein du site de X, afin de permettre à des victimes en position de vulnérabilité ou de fragilité sociale, physique ou psychique de déposer leur plainte dans l'environnement de l'établissement de santé.

Le service de l'établissement de santé gère ce planning (hebdomadaire) en étroite collaboration avec les forces de sécurité intérieure afin de réserver les rendez-vous pour les victimes et de communiquer au service de police de X ou à l'unité de gendarmerie de X ce planning dans un délai raisonnable.

4. Transmission du certificat médical

Le personnel de santé s'engage à transmettre sans délai l'original du certificat médical descriptif, fixant le cas échéant une incapacité totale de travail, au service enquêteur à l'origine de la réquisition et accompagné de la réquisition signée.

Si la victime le souhaite, elle peut se voir remettre une copie du certificat médical, conformément aux dispositions de l'article 10-5-1 du code de procédure pénale. Cette remise peut être réalisée par tout moyen, y compris par voie dématérialisée, immédiatement à l'issue de l'examen ou ultérieurement. Il est proposé à la victime de l'adresser à son médecin traitant⁸.

ARTICLE 7: SIGNALEMENT PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ

1. Cas légaux de signalement à l'autorité judiciaire

Sur le fondement des dispositions des articles 226-14 du code pénal, 40 du code de procédure pénale, R. 4127-44 et R. 4312-18 du code de la santé publique figurant à la fin du protocole, un signalement au parquet est effectué par le professionnel de santé dans les cas suivants :

- les sévices ou privations dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à une personne vulnérable ; ou qu'il a constatés sur le plan physique ou psychique et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises au préjudice d'une personne vulnérable ;
- avec l'accord de la victime majeure, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises ;
- lorsqu'il estime en conscience que les violences exercées au sein du couple mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Dans ce cas, le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; à défaut, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République.

2. Modalités de transmission du signalement

En cas d'accord de la victime, il est mis à sa disposition la fiche de signalement figurant en annexe (fiche victime), qu'elle remplit avec l'aide de l'association d'aide aux victimes/du personnel soignant/du service juridique de l'établissement de santé/de l'avocat de permanence.

⁸ Cette proposition est préconisée en cas de risque pour la sécurité de la victime.

Dans les cas prévus par la loi indépendamment de l'accord de la victime, le professionnel de santé remplit la fiche de signalement figurant en annexe (fiche professionnel de santé).

La fiche de signalement est transmise sans délai par l'établissement de santé (le jour même ou au plus tard, dans un délai de 48h) par courriel comportant l'objet suivant: « Signalement violences conjugales/intrafamiliales/infraction sexuelle » au parquet de X (permanence@justice.fr ou magistrat_referent@justice.fr)⁹.

3. Actes réalisés par le service enquêteur

Le service enquêteur saisi par une fiche de signalement s'engage notamment à :

- en cas d'incompétence, communiquer celle-ci dans les plus brefs délais au service ou à l'unité territorialement compétent(e),
- ouvrir une enquête sur les faits dénoncés,
- le cas échéant¹⁰, adresser rapidement au directeur de l'établissement de santé une réquisition judiciaire aux fins d'examen médico-légal,
- adresser au directeur de l'établissement de santé une réquisition aux fins d'examen médico-légal des mineurs, lorsqu'il est établi qu'un ou des mineurs présents au sein du foyer sont témoins des faits,
- contacter la victime dans les meilleurs délais/un délai maximum de Xh pour fixer une date d'audition et s'assurer par tout moyen qu'elle n'est pas en danger,
- saisir l'association d'aide aux victimes conformément aux instructions du procureur de la République.

ARTICLE 8: RECUEIL DE PREUVES SANS PLAINTÉ

[Les dispositions optionnelles (vertes) deviennent systématiques lorsque l'établissement de santé est doté d'une unité médico-judiciaire ou lorsque la victime est orientée vers l'unité médico-judiciaire la plus proche.]

Lorsque la victime, qui se présente spontanément dans les services d'un établissement de santé¹¹, refuse de déposer plainte et qu'aucun signalement mentionné à l'article 7 ne peut être effectué, l'établissement de santé s'engage à lui proposer une démarche conservatoire en amont de toute procédure judiciaire, permettant à la victime de bénéficier d'un temps de réflexion.

L'établissement de santé accomplit ainsi dans son intérêt certains actes (uniquement de conservation) de même nature que ceux accomplis sur réquisitions judiciaires mais en amont de celles-ci. Si une procédure judiciaire est mise en œuvre ultérieurement, les éléments conservés sont remis aux services enquêteurs sur réquisitions judiciaires.

1. Recueil des éléments conservatoires

Le médecin hospitalier effectue, avec l'accord de la victime, les actes conservatoires suivants:

a) **Les actes ne supposant pas, a priori, de qualification en médecine légale particulière :**

- Il établit un certificat médical descriptif attestant de l'état physique et psychologique de la victime, de ses blessures et, le cas échéant fixant l'incapacité totale de travail¹² ; il conserve l'original au sein du service dans l'attente de la décision de la victime sur la plainte.
- Il remet à la victime un exemplaire de ce certificat médical descriptif¹³, et lui propose d'en adresser un exemplaire à son médecin traitant¹⁴.
- Le médecin prend le cas échéant des clichés photographiques des lésions constatées, conservés dans le service avec le certificat médical descriptif, si le service est doté des moyens adéquats.

⁹ En fonction du lieu des faits ou à défaut, de l'adresse du domicile conjugal.

¹⁰ Sauf si le signalement effectué par le médecin est complet et comprend à la fois les renseignements administratifs sur la victime et le contexte de son accueil à l'établissement de santé (en consultation ou en hospitalisation), l'anamnèse c'est-à-dire le récit de la victime et la description précise de son état physique et psychique avec mention de toute lésion etc., outre la mention des examens complémentaires (biologiques ou autres) éventuellement faits.

¹¹ Des urgences, des urgences gynécologiques, à l'UMJ, à l'unité de victimologie.

¹² Voir modèle de certificat médical figurant en annexe.

¹³ Cette remise peut être réalisée par tout moyen, y compris par voie dématérialisée, à l'issue de l'examen, ou lorsque le certificat n'est pas rédigé immédiatement, ultérieurement.

¹⁴ Cette proposition est préconisée en cas de risque pour la sécurité de la victime.

b) Les actes supposant, a priori, une qualification en médecine légale¹⁵

- En cas d'infraction sexuelle, il établit le certificat ou le rapport à l'issue d'un examen médical spécifique. Ce document, éventuellement assorti de photographies ou schéma, est conservé dans le service et la victime en est informée ;
- En cas d'infraction nécessitant des prélèvements, principalement en matière sexuelle, et en fonction d'une appréciation médicale relative à la nature et à la datation des faits allégués, il procède également à des prélèvements, en particulier biologiques, conservés (notamment par congélation) dans des services et avec des équipements hospitaliers adéquats conformément au point 2.

Un document écrit rempli par la victime permet de garder la trace de son consentement à ces différents actes et de sa bonne information sur les finalités de ces derniers et les modalités de conservation des éléments recueillis (voir annexe).

Cette démarche inclut l'information de la victime sur ses droits, dont celui de se manifester par la suite, à tout moment, pour engager une démarche de plainte. Elle reçoit notamment des informations sur les coordonnées et permanences des associations, services ou structures susceptibles de lui apporter une aide, et en particulier les coordonnées, permanences ou astreintes de l'association locale d'aide aux victimes susceptible de l'accompagner sur le plan juridique, psychologique et social. À cette fin, une mise en relation téléphonique avec l'association d'aide aux victimes lui est proposée et un document écrit d'information lui est remis à sa sortie de l'établissement de santé (annexe) afin d'initier un accompagnement.

2. Conservation des éléments recueillis

Pour cette démarche conservatoire, l'établissement de santé met à disposition ses propres moyens pour la réalisation et la conservation des documents et prélèvements effectués¹⁶. Les prélèvements ainsi réalisés sont conservés dans des conditions compatibles avec les règles de bonnes pratiques en matière d'identification, de conservation et de traçabilité, sous la coordination et l'animation de l'UMJ pivot.

La durée maximale de conservation des prélèvements biologiques est fixée à trois années. La personne victime est avisée de cette durée par le document écrit d'information visé ci-dessus. Au-delà de ce délai, il est procédé à la destruction des prélèvements, dans des conditions fixées par l'établissement de santé, le cas échéant après concertation avec l'association d'aide aux victimes chargée de l'accompagnement de la victime.

3. Utilisation des éléments conservatoires recueillis

Si par la suite, la victime formalise de quelque manière que ce soit¹⁷, sa volonté de déposer plainte ou de signaler les faits, les dispositions prévues aux articles 6 et 7 du protocole s'appliquent.

En conséquence, le service d'enquête ainsi saisi s'engage à adresser à l'établissement de santé une réquisition aux fins de remise du certificat médical descriptif et/ou des prélèvements effectués et conservés. Ces derniers sont par la suite exploités directement sur réquisitions ou ordonnance de commission d'expert et/ou font l'objet d'un placement sous scellés avec, le cas échéant, une demande de conservation au sein de l'établissement de santé.

ARTICLE 9: FINANCEMENT

En dehors des coûts agents inhérents à l'organisation des formations visées à l'article 4, assumés collectivement, la mise en œuvre du protocole n'engendre aucun frais spécifique. Chaque signataire assume financièrement par ses propres moyens, les engagements qu'il prend dans le présent protocole sans possibilité de solliciter les parties signataires.

¹⁵ Ce médecin qualifié peut être un médecin légiste ou un médecin urgentiste doté d'une qualification en médecine légale, ou encore un médecin gynécologue doté d'une qualification en médecine légale.

¹⁶ Notamment les équipements de congélation adéquats mis à sa disposition pour les prélèvements en matière d'infraction sexuelle.

¹⁷ Tant auprès d'un parquet, d'un service de police ou d'une unité de gendarmerie ou d'une association conventionnée d'aide aux victimes.

En ce qui concerne plus spécifiquement les actes conservatoires du recueil de preuves sans plainte, décrits à l'article 8, les engagements financiers des établissements de santé sont envisagés en fonction de l'organisation territoriale de la médecine légale du vivant et en tenant compte des facilitations pouvant être mises en place localement, d'une part via les moyens dégagés par le ministère de la justice pour renforcer telle UMJ ou tel réseau de proximité, d'autre part via les actions engagées par le ministère des solidarités et de la santé pour renforcer l'accueil et l'accompagnement au sein des établissements de santé des victimes.

ARTICLE 10: ÉVALUATION ET MODIFICATION DU PROTOCOLE

- Évaluation

Durant le trimestre précédant la date anniversaire du présent protocole, les parties organisent une réunion visant à dresser un premier bilan du protocole et pourvoir le cas échéant aux adaptations et modifications qui s'imposent.

Sans attendre la date anniversaire, en cas de dysfonctionnement du présent protocole, chacun des signataires pourra solliciter la réunion de l'ensemble des signataires, dans les X jours de l'envoi d'une demande formulée en ce sens, afin d'y remédier.

- Modification et mise à jour

Chaque signataire s'engage à porter à la connaissance des autres parties toute modification, notamment législative ou réglementaire, le concernant, susceptible d'impacter les modalités de fonctionnement retenues dans le présent protocole ou dans l'une de ses annexes. A tout moment, chacune des parties au protocole pourra solliciter par écrit l'ensemble des signataires pour toute modification du présent protocole ou de l'une de ses annexes.

Chaque partie s'engage à signaler tout changement d'interlocuteur au sein de ses services.

ARTICLE 11: DURÉE DU PROTOCOLE

Le présent protocole est conclu pour une durée d'un an, renouvelable par tacite reconduction pour la même période. Une partie peut dénoncer le présent protocole après envoi, à l'ensemble des parties signataires, d'une lettre recommandée dans les trois mois précédant la date anniversaire.

Cadre juridique applicable au signalement

Article 40 alinéa 2 du code de procédure pénale: Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs.

Article 226-13 du code pénal: La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

Article 226-14 du code pénal: L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

- 1° À celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;
- 2° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;
- 3° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple relevant de l'article 132-80 du présent code, lorsqu'il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République ;
- 4° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi.

Article R. 4127-44 du code de la santé publique: Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection.

Lorsqu'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il alerte les autorités judiciaires ou administratives, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience.

Article R. 4312-18 du code de la santé publique: Lorsque l'infirmier discerne qu'une personne auprès de laquelle il est amené à intervenir est victime de sévices, de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles, il doit mettre en œuvre, en faisant preuve de prudence et de circonspection, les moyens les plus adéquats pour la protéger. S'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie ou de son état physique ou psychique, l'infirmier doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales.

04 -

FICHES ACTION



GOUVERNEMENT

Liberté
Égalité
Fraternité

ACCUEIL ET INFORMATION DE LA VICTIME: INTERVENTION DES ASSOCIATIONS D'AIDE AUX VICTIMES DE VIOLENCES

« Plus de 200 000 femmes chaque année sont victimes de violences : il s'agit donc d'un enjeu de société et de santé majeur qui concerne au premier chef les professionnels de santé. L'hôpital est un lieu-clé pour la prise en charge de ces femmes »¹.

Pour autant, l'expérience démontre la plus-value d'un **contact direct de la victime avec une association d'aide lors de son passage à l'hôpital** qui permet de créer une relation avec la victime, de lui délivrer une information personnalisée et adaptée aux besoins qu'elle exprime et d'entamer un travail d'accompagnement.

Ce contact direct peut passer par :

- Idéalement, la **tenue de permanences** d'une association d'aide aux victimes (généralistes ou spécialisées) au sein de l'établissement de santé, permettant leur saisine immédiate.
- Le **recours éventuel à un dispositif de visioconférence**, permettant à la victime d'être en contact à distance avec un professionnel (juriste, psychologue, assistante sociale...) d'une association mobilisable en fonction des besoins.
- *A minima* l'**information de la victime par les professionnels de santé** sur les possibilités de recours à une association et la transmission des coordonnées des associations locales (via des flyers, un contact mail ou un numéro de téléphone par exemple).



¹ IGAS, RAPPORT N°2017-001R : La prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de violences : éléments en vue d'une modélisation.

LES RESSOURCES NATIONALES D'ÉCOUTE ET DE SIGNALEMENT



3919: Violence femmes info

Ce numéro porté par la Fédération Nationale Solidarité Femmes, n'est pas un numéro d'urgence. Il s'agit du numéro national de référence pour les femmes victimes de violences (conjugales, sexuelles, psychologiques, mariages forcés, mutilations sexuelles, harcèlement...). Il propose une écoute, informe et oriente vers des dispositifs d'accompagnement et de prise en charge.

- **39 19** (appel gratuit depuis un téléphone fixe ou mobile)
- Ouvert **en continu 24 heures sur 24**
- Appel anonyme et confidentiel.
- Appel ne figurant pas sur les factures de téléphone.



116 006: Aide aux victimes France Victimes

Ce numéro public national permet d'orienter toute personne victime, ses proches ou des témoins directs. Les professionnels des associations France Victimes proposent une écoute, une information et un accompagnement juridique, psychologique et/ou social.

- **116 006** (appel gratuit depuis un téléphone fixe ou mobile)
- Ouvert **7 jours/7 jours, de 9 heures à 20 heures**



0 800 05 95 95: Viols Femmes Informations

Ce numéro national, porté par le collectif féministe contre le viol (CFCV), est destiné aux femmes victimes de viol ou d'agressions sexuelles, à leur entourage et aux professionnels concernés (anonyme, gratuit et disponible du lundi au vendredi de 10h à 19h en France métropolitaine et Outre-mer).



01 40 47 06 06: Écoute Violence Femmes Handicapées

Porté par l'association Femmes pour le Dire, Femmes pour Agir (FDFA) il, est destiné aux femmes victimes de violences en situation de handicap (anonyme, gratuit et disponible les lundis de 10h à 13h et de 14h 30 à 17h 30 et les jeudis de 10h à 13h).



Tchat de l'association En Avant Toutes:

accessible à partir du site www.commentonsaime.fr

Ce tchat est destiné aux personnes qui pensent vivre ou avoir vécu des violences et qui ont besoin d'informations, de conseils, ou simplement besoin d'écoute. (Service anonyme, gratuit et disponible du lundi au samedi de 10h à 21h).



La plateforme de signalement des violences sexistes et sexuelles:

accessible à partir du site arreteonslesviolences.gouv.fr/

*Les victimes peuvent échanger avec des policiers ou des gendarmes spécialement formés aux violences sexistes et sexuelles qui peuvent déclencher des interventions. Anonyme et gratuit, ce tchat est accessible **24h/24 et 7j/7**. Il faut uniquement renseigner son code postal.*

À tout moment, les victimes de violence peuvent quitter rapidement le tchat et l'historique de discussion pourra être effacé de son ordinateur, téléphone portable ou tablette. Elles peuvent être accompagnées vers le dépôt de plainte ou, à défaut, vers des associations généralistes ou spécialisées dans l'accompagnement des femmes victimes de violences. À tout moment, les victimes de violence peuvent quitter rapidement le tchat et l'historique de discussion pourra être effacé de son ordinateur, téléphone portable ou tablette. Elles peuvent être accompagnées vers le dépôt de plainte ou, à défaut, des associations d'aide aux victimes.



LES ASSOCIATIONS SPÉCIALISÉES ET GÉNÉRALISTES LOCALES

Ces associations peuvent être mobilisées dans le cadre de la mise en place d'un protocole partenarial de prise en charge des victimes de violences conjugales et intrafamiliales.

FRANCE VICTIMES

Les associations du réseau France Victimes sont agréées par le ministère de la Justice. La Fédération France Victimes porte le numéro public national **116 006** à destination des victimes de toute infraction (gratuit et disponible 7j/7 de 9h00 à 19h00).

Au local :

Couverture sur l'ensemble du territoire, y compris l'Outre-mer, par 131 associations agréées présentes sur tout le territoire (hexagone et Outre-mer) dans 850 lieux d'accueil.

www.france-victimes.fr

Missions :

- Les associations du réseau France Victimes accueillent, écoutent, informent et accompagnent toute personne victime sur le plan juridique, psychologique ou social.
- Le réseau assure une formation des professionnels sur l'ensemble des missions qu'il mène (accompagnement judiciaire, traumatisme psychologique...).

Qui orienter ?

Toute personne victime, ses proches, les témoins directs, sans discrimination.

Pour quoi ?

Les associations France Victimes proposent une information et un accompagnement juridique, psychologique et/ou social.

Principes d'action :

Aide globale, accompagnement pluridisciplinaire, gratuits et confidentiels.

Dispositifs spécifiques :

Bureaux d'aide aux victimes (BAV) au sein des tribunaux judiciaires, téléphone grave danger (TGD), bracelet anti-rapprochement (BAR), évaluation personnalisée des victimes (EVVI), référent violences, intervenants sociaux en commissariat et gendarmerie (ISCG).



NOM DE L'ASSOCIATION LOCALE :

Coordonnées :

Horaires :

Adresse :

Courriel :

LES ASSOCIATIONS SPÉCIALISÉES ET GÉNÉRALISTES LOCALES

FÉDÉRATION NATIONALE DES CENTRES D'INFORMATION SUR LES DROITS DES FEMMES ET DES FAMILLES (FNCIDFF)

Numéro national de la FNCIDFF est le **01 42 17 12 00** (joignable du lundi au vendredi de 9 h à 12 h 30 et de 13 h 30 à 17 h 30)

Au local :

Réseau de 104 associations spécialisées, agréées par le ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances, présentes sur l'ensemble du territoire national, y compris dans les territoires d'Outre-mer et tenant plus de 2 000 permanences.

www.fncidff.info

Missions :

Les CIDFF accueillent, écoutent, informent, accompagnent et orientent le public dans les domaines de l'accès au droit, la lutte contre les violences sexistes, le soutien à la parentalité, l'emploi, la formation professionnelle et la création d'entreprise, la sexualité et la santé.

Qui orienter ?

Les femmes (avec ou sans enfants), les familles, les proches, les témoins.

Pour quoi ?

Les CIDFF proposent notamment une information juridique et un accompagnement psychologique et social sous la forme d'entretiens individuels ou collectifs, de groupes de parole.

Principes d'action :

Suivi global gratuit et confidentiel.

Dispositifs spécifiques :

Permanences d'accès au droit dans les points d'accès au droit, hôpitaux, maisons France service, centres sociaux, mairies, CCAS, accueil de jour, bureau d'aide aux victimes* (BAV), téléphone grave danger (TGD), bracelet anti-rapprochement (BAR), évaluation personnalisée des victimes (EVVI), référents violences, intervenants sociaux dans les commissariats de police et brigades de gendarmerie (ISCG).

* Lorsque l'association locale est agréée par le ministère de la Justice.



NOM DE L'ASSOCIATION LOCALE :

Coordonnées :

Horaires :

Adresse :

Courriel :

LES ASSOCIATIONS SPÉCIALISÉES ET GÉNÉRALISTES LOCALES

FÉDÉRATION NATIONALE SOLIDARITÉ FEMMES (FNSF)

Ligne d'écoute nationale 3919 « Violences Femmes Info », ouvert 7/7 et 24h/24 (appel anonyme, gratuit, confidentiel)

www.solidaritefemmes.org

Au local :

Réseau de 73 associations spécialisées pour femmes victimes de violences.

www.solidaritefemmes.org

Missions :

- Suivi global des femmes victimes
- Prévention des violences et des inégalités femmes-hommes auprès des jeunes et information du public.
- Formation des professionnels et professionnelles.
- Actions de plaidoyers

Qui orienter ?

Les femmes victimes de violences, en particulier conjugales, avec ou sans enfants.

Pour quoi ?

Écoute, suivi psychologique, social, vers l'emploi, le logement, informations et accompagnements dans les démarches juridiques, domiciliation, soutien à la parentalité, mises en sécurité, hébergement, accueils et ateliers pour les enfants victimes et/ou témoins.

Principes d'action :

Gratuité, permanences sur et sans rendez-vous, entretiens individuels ou collectifs, groupes de parole.

Dispositifs spécifiques :

Centres d'accueil de jour et lieux d'accueil, centres d'hébergement agréés (urgence ou à long terme), centres maternels et logements temporaires, permanences (hôpitaux, police gendarmerie, communes...), référents violences, téléphone grave danger (TGD), bracelet anti-rapprochement (BAR).



NOM DE L'ASSOCIATION LOCALE :

Coordonnées :

Horaires :

Adresse :

Courriel :





LES AUTRES ASSOCIATIONS

Le tissu associatif spécialisé existant sur le territoire est riche de diverses associations permettant d'offrir des ressources spécifiques aux victimes, notamment :

Le mouvement français pour le planning familial (MFPF)

Association qui accueille, informe et accompagne toute personne en matière de santé sexuelle et de sexualités. Le MFPF gère le numéro national **0800 081111 (numéro vert anonyme et gratuit)**.



NOM DE L'ASSOCIATION LOCALE :

Coordonnées :

Horaires :

Adresse :

Courriel :

L'Amicale du Nid (AdN)

Association qui intervient dans l'accompagnement et l'insertion des personnes en situation ou en danger de prostitution.

Contact : <http://amicaledunid.org>



NOM DE L'ASSOCIATION LOCALE :

Coordonnées :

Horaires :

Adresse :

Courriel :

La CIMADE

Association qui défend les droits des personnes étrangères victimes de violences, notamment sexuelles et conjugales.

Contact : <https://www.lacimade.org>



NOM DE L'ASSOCIATION LOCALE :

Coordonnées :

Horaires :

Adresse :

Courriel :

LES AUTRES ASSOCIATIONS

Excisions parlons-en

Association qui œuvre à la disparition de l'excision en privilégiant l'information, l'éducation et la formation.
Contact : contact@excisionparlonsen.org



NOM DE L'ASSOCIATION LOCALE :

Coordonnées :

Horaires :

Adresse :

Courriel :

La Fédération nationale pour le groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles, des mariages forcés et autres pratiques traditionnelles néfastes à la santé des femmes et des enfants (GAMS)

Fédération qui a pour objectif de lutter contre toutes les formes de violences faites aux femmes, aux adolescentes et aux fillettes, et de promouvoir la santé maternelle et infantile en direction des populations immigrées et issues des immigrations.

Contact : 0143 481087 - contact@federationgams.org



NOM DE L'ASSOCIATION LOCALE :

Coordonnées :

Horaires :

Adresse :

Courriel :

LES RESSOURCES UTILES PAR LES PROFESSIONNELS



Pour informer les femmes victimes de violences conjugales, les professionnels de santé peuvent s'appuyer sur diverses ressources telles que :

- Le modèle de certificat médical pour personne majeure en cas de violences : <https://www.conseil-national.medecin.fr/>
- Les articles 226-13 et 226-14 du code pénal (loi n°2006-399 du 4 avril 2006 renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple commises contre les mineurs)
- Le guide « Repérages des femmes victimes de violence au sein du couple – à usage des professionnels de santé », publié par la HAS en octobre 2019 <https://www.has-sante.fr>
- Les kits de formation des professionnels de santé créés par la mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences (MIPROF) : top-violences-femmes.gouv.fr
- Le vademecum « Secret médical et violences au sein du couple » issu de la réforme de l'article 226-14 du code pénal <https://www.conseil-national.medecin.fr>
- Le comité national des violences intrafamiliales (CNVIF)
<https://cnvif.fr/>
Les 3 réseaux associatifs (France victimes, CIDFF, FNSF) membres du comité national des violences intrafamiliales (CNVIF). Le CNVIF est une instance consultative nationale indépendante, créée en avril 2020, dont le but est de contribuer à la prise en charge et à la prévention des violences intrafamiliales. Ce comité pluridisciplinaire rassemble les acteurs du secteur de la santé, du médicosocial, du droit et de la justice. Son champ d'expertise lui permet d'émettre des avis et recommandations concernant le repérage, le dépistage, les prises en charge des victimes de ces violences afin d'améliorer l'efficacité des dispositifs existants.



Des applications novatrices permettent également de constituer des ressources opérationnelles dont les victimes peuvent se saisir. Par exemple :

- App'elles : pour les femmes victimes de violence <https://www.app-elles.fr>
- Flagasso : pour toutes formes de discriminations à l'encontre des gays, des lesbiennes, des bisexuels et des transgenres <https://www.flagasso.com>
- Mémo de vie : dispositif intermédiaire d'aide pour les personnes victimes de violences conjugales <https://memo-de-vie.org>



**GOUVERNEMENT***Liberté
Égalité
Fraternité*

ÉVALUATION ET PRISE EN CHARGE INDIVIDUALISÉE DES VICTIMES (DISPOSITIF EVVI)

La transposition de la directive européenne 2012/29 UE en droit français a posé les bases de « la protection des victimes » et a permis d'établir « les normes minimales en la matière » et ce, à tous les stades de la procédure pénale. À ce titre, un certain nombre de mesures de protection, générales et individualisées, ont été retenues. Parmi elles figure le dispositif EVVI, un outil au service de la protection individualisée des victimes, permettant d'évaluer leurs besoins et d'ajuster la prise en charge tout au long de la procédure.



LE CADRE

La directive européenne « Victimes » du 25 octobre 2012 a introduit le droit pour toutes les victimes à bénéficier d'une évaluation en vue d'identifier ses « besoins spécifiques en matière de protection ». La loi n° 2015-993 du 17 août 2015 a transposé cette directive par l'introduction d'un article 10-5 dans le code de procédure pénale, article qui prévoit que « les victimes font l'objet d'une évaluation personnalisée, afin de déterminer si elles ont besoin de mesures spécifiques de protection au cours de la procédure pénale ». Le décret d'application est paru le 28 février 2016. Une circulaire a été publiée le 20 avril 2016 par la DACG.

LES PERSONNES CONCERNÉES

La loi ne détermine pas les critères à retenir pour cette évaluation personnalisée. Pour déterminer les personnes susceptibles de bénéficier d'une telle évaluation, le décret (article D.1^{er}-3 du code de procédure pénale) suggère d'examiner les critères d'appréciation suivants tels que :

- L'importance du préjudice subi par la victime ;
- les circonstances de la commission de l'infraction résultant notamment des caractéristiques personnelles de la victime, d'une motivation discriminatoire, raciste, ethnique, religieuse, ou des liens existant entre la victime et la personne mise en cause, notamment les liens de famille et de proximité ;
- la vulnérabilité particulière de la victime notamment son âge, une situation de grossesse, l'existence d'un handicap ;
- l'existence d'un risque d'intimidation ou de représailles.

La circulaire du 9 mai 2019 relative à l'amélioration du traitement des violences conjugales et à la protection des victimes précise également certains critères d'appréciation : « *L'évaluation personnalisée des victimes prévue par l'article 10-5 du code de procédure pénale, qui demeure d'application très hétérogène sur le territoire, doit permettre d'évaluer la vulnérabilité de la victime de violences conjugales et ses besoins éventuels de protection immédiate, notamment au vu des critères suivants : la durée et la répétition des faits dénoncés, l'antériorité de menaces ou de harcèlement, les conclusions des examens psychologiques de la victime, son isolement, l'emprise subie, les témoignages de l'environnement proche de la victime ou encore les craintes exprimées par la victime.* »





UNE ÉVALUATION EN 2 TEMPS

L'ÉVALUATION PRÉCOCE

La victime doit faire l'objet **d'une évaluation personnalisée** le plus tôt possible, soit dès sa plainte, par les services enquêteurs. Celle-ci prendra une forme simplifiée à travers des questions ajoutées au procès-verbal d'audition ou toute autre pièce jointe à la procédure (questionnaire séparé).

La directive 2012/29 UE pose des exigences générales qui visent à ne pas réactiver le traumatisme vécu par la victime à l'évocation des faits :

- L'audition de la victime est réalisée en la présence de son représentant légal et de la personne majeure de son choix (article 10-2 CPP) ;
- la plainte de la victime est recueillie immédiatement et la victime est entendue dès que possible dans l'intérêt de l'enquête ;
- les auditions de la victime n'ont lieu que dans la mesure strictement nécessaire au déroulement de l'enquête ;
- les examens médicaux n'ont lieu que dans la mesure strictement nécessaire aux fins de la procédure pénale.

Les intervenants sociaux en commissariats ou unités de gendarmerie peuvent être associés à cette première phase d'évaluation permettant d'évaluer la **vulnérabilité de la victime**, ainsi que ses **besoins éventuels de mesures de protection immédiats**. Ainsi, en fonction de ces premiers éléments, l'autorité judiciaire apprécie l'opportunité de faire procéder par une association d'aide aux victimes (AAV) et éventuellement par une unité médico-judiciaire requises en ce sens (art. 41 al. 8 du code de procédure pénale), à une **évaluation approfondie** et psychologique le cas échéant.

L'ÉVALUATION APPROFONDIE ET L'AVIS ADRESSÉ AU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE

L'association d'aide aux victimes requise aura au préalable, fait l'objet d'un conventionnement spécifique intégrant cette nouvelle mission, et précisant les modalités de transmission des informations entre les acteurs de ce dispositif. L'objectif est de garantir la rapidité et la fluidité des échanges.

À ce titre, l'évaluation approfondie doit (idéalement) être établie **dans le temps le plus proche de l'audition** prise par les services enquêteurs. Elle sera réalisée, sur réquisition du parquet, par l'association d'aide aux victimes agréée, soit dans les locaux du BAV, soit dans le commissariat ou gendarmerie, au siège de l'association, dans un établissement de santé, dans un centre de rééducation, ou encore au domicile de la victime...

L'évaluation doit se faire grâce à des trames et des questionnaires types, adaptables au plan local en lien avec le secteur associatif et les partenaires locaux. Elle donne ensuite lieu à un « avis » rédigé par l'association d'aide aux victimes suite à son ou ses entretiens avec la victime. Cet **avis doit être adressé sans délai** au parquet ou au magistrat saisi (juge d'instruction, juge des enfants), voire au service enquêteur s'il est concerné par les mesures de protection à adopter, afin d'assurer un suivi de la victime par tous les intervenants.

Cet « avis » est **« joint à la procédure »**. La création d'une **côte « victime »** dans le dossier pénal peut être envisagée. La présence de l'évaluation dans le dossier pénal doit être sécurisée grâce à une transmission de l'avis par l'association au parquet ou au magistrat éventuellement saisi, éventuellement au service enquêteur, et vérifiée par l'association avant l'audience.

L'avis pourra comporter plusieurs parties comme les renseignements administratifs, les facteurs de vulnérabilité de la victime et caractéristiques personnelles (situation familiale, professionnelles et sociale) ou encore les facteurs de dangerosité de l'auteur.

LES OBJECTIFS

UNE PRISE EN CHARGE INDIVIDUALISÉE ET ADAPTÉE AUX BESOINS

L'individualisation de la prise en charge que permet le dispositif EVVI, constitue une réponse adaptée à la situation des victimes dont la particulière vulnérabilité nécessite une protection et un accompagnement adapté.

L'EVVI permet également de limiter les risques de victimisation secondaire. L'évaluation permet ainsi de déterminer les victimes qui ont subi un préjudice considérable en raison de la gravité de l'infraction, celles qui sont victimes d'une infraction fondée sur un préjugé ou un motif discriminatoire, et celles présentant une particulière vulnérabilité du fait de leur relation ou de leur dépendance à l'égard de l'auteur des faits.

UNE COORDINATION DES ACTEURS PAR LE PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE

Dans l'attente d'une éventuelle circulaire qui viendrait uniformiser les pratiques, il appartient aux procureurs de la République de déterminer, selon le positionnement des services d'enquête locaux, les hypothèses dans lesquelles une EVVI semble pertinente, ainsi que les modalités de l'orientation des victimes vers les AAV.

Ainsi, sur certains ressorts, des protocoles ont été formalisés et permettent tout à la fois :

- de systématiser le recours à l'EVVI pour un certain nombre de situation expressément énumérées ;
- d'articuler le dispositif EVVI avec l'intervention en urgence des AAV, dans les situations qui nécessitent une prise en charge immédiate.

De plus, des AAV locales, opérationnelles, et relayées par les magistrats délégués à la politique associative et à l'accès au droit (MDPAAD), sensibilisent les enquêteurs à la plus-value de l'EVVI. Le groupe de référents violences au sein des services d'enquête jouent parfois le même rôle. Pédagogie auprès des enquêteurs, impulsion du parquet et coordination des acteurs sont essentielles.

DES PARTENARIATS RENFORCÉS ET UNE MONTÉE EN PUISSANCE DU DISPOSITIF

Le développement des permanences d'AAV dans les locaux des services d'enquêtes, et une meilleure identification des référents violences au sein des forces de l'ordre permettent des échanges réguliers. En 2019, 94 associations d'aide aux victimes, intervenant dans 92 juridictions, ont déclaré dans leurs statistiques d'activité avoir reçu 4 716 victimes d'infractions pénales pour au moins un entretien d'évaluation approfondie EVVI sur réquisition du parquet (soit une progression de 124,9% en un an). Suite à la montée en puissance des mesures EVVI et à une meilleure comptabilisation des données on assiste, selon les données provisoires pour 2020, à une augmentation de 65,11% par rapport à 2019 des victimes reçues pour un entretien EVVI. Au 3 mars 2021, 96 associations déclarent avoir reçu, en 2020, 7 787 victimes d'infractions pénales pour ce type d'entretien.

UN DISPOSITIF PRIORITAIRE INSCRIT DANS LA STRATÉGIE NATIONALE DE PRÉVENTION DE LA DÉLINQUANCE 2020-2024

L'EVVI privilégie une approche sociale et individualisée, dans une logique de prévention secondaire et tertiaire qui implique une adaptation nécessaire des dispositifs aux évolutions observées, dont le renforcement de la prise en charge des publics les plus fragiles, victimes de la délinquance, qu'il s'agisse des femmes, mineurs exposés et en danger, comme la population âgée et les personnes en situation de handicap. Le dispositif EVVI est ainsi expressément désigné dans la nouvelle stratégie nationale de prévention de la délinquance 2020-2024 comme l'un des outils devant être systématiquement utilisés afin d'optimiser l'identification et la prise en charge des victimes particulièrement vulnérables.



GOUVERNEMENT

Liberté
Égalité
Fraternité

DÉPÔT DE PLAINTE

Moins d'une victime sur cinq de violences conjugales dépose plainte contre son agresseur, une femme sur dix en cas de viol. Les victimes renoncent souvent à déposer plainte ou à aller jusqu'au bout de leur démarche, découragées par des obstacles matériels ou gagnées par l'inquiétude des conséquences d'une enquête. Parce que **la voie judiciaire est celle qui offre la protection la plus complète à la victime, en garantissant son statut, son accompagnement au fil de la procédure et l'engagement de l'action publique**, il importe de faciliter ces démarches et d'en adapter les modalités à la situation de la victime.

Lorsque la victime se présente spontanément à l'établissement de santé, sans dépôt de plainte préalable, et qu'informée de ses droits elle souhaite déposer plainte, plusieurs possibilités lui sont offertes. Elles impliquent toutes qu'elle soit **accompagnée par les personnels soignants, les associations d'aide aux victimes ou les services enquêteurs**.



Il importe de rappeler que **pour toute forme de violences**, la conjugalité constitue une **circonstance aggravante**. La victime et l'auteur peuvent être **mariés, concubins ou partenaires liés par un pacs, ou l'avoir été**.



LE DÉPÔT DE PLAINTE

LE DÉPÔT DE PLAINTE SIMPLIFIÉ

L'établissement de santé ou l'association d'aide aux victimes met à la disposition de la victime un formulaire de dépôt de plainte simplifié (DPS) et l'accompagne le cas échéant dans sa rédaction. Il est ensuite transmis sans délai par l'établissement de santé au commissariat ou à l'unité de gendarmerie compétent(e) au vu du domicile de la victime.

Afin d'éviter une déperdition des DPS, il paraît préférable que le centre hospitalier s'engage dans le protocole à les transmettre dans un délai court (le jour même ou dans les 48h).

LA PRISE DE RENDEZ-VOUS AVEC LES SERVICES ENQUÊTEURS

L'établissement de santé contacte les services de police ou unités de gendarmerie compétents en raison du domicile de la victime afin qu'un accueil personnalisé aux fins d'audition soit organisé dans un délai court (le jour même ou dans les 48h). Les personnels de santé et les enquêteurs doivent s'assurer que la victime se trouve dans des conditions médicales permettant le recueil de sa parole de façon optimale.

LE DÉPÔT DE PLAINTE *IN SITU*

En particulier en cas d'atteinte majeure à l'intégrité physique¹ ou de danger immédiat pour la vie de la victime², le dépôt de plainte peut être réalisé au sein de l'établissement de santé.

À cette fin, le cadre de garde ou le cadre de santé référent contacte par téléphone immédiatement le service du quart/la brigade des mineurs/... du commissariat ou de la gendarmerie compétent(e) eu égard au domicile de la victime. Il lui indique l'identité complète de la victime, son adresse, le lieu présumé des faits et la nature des blessures.

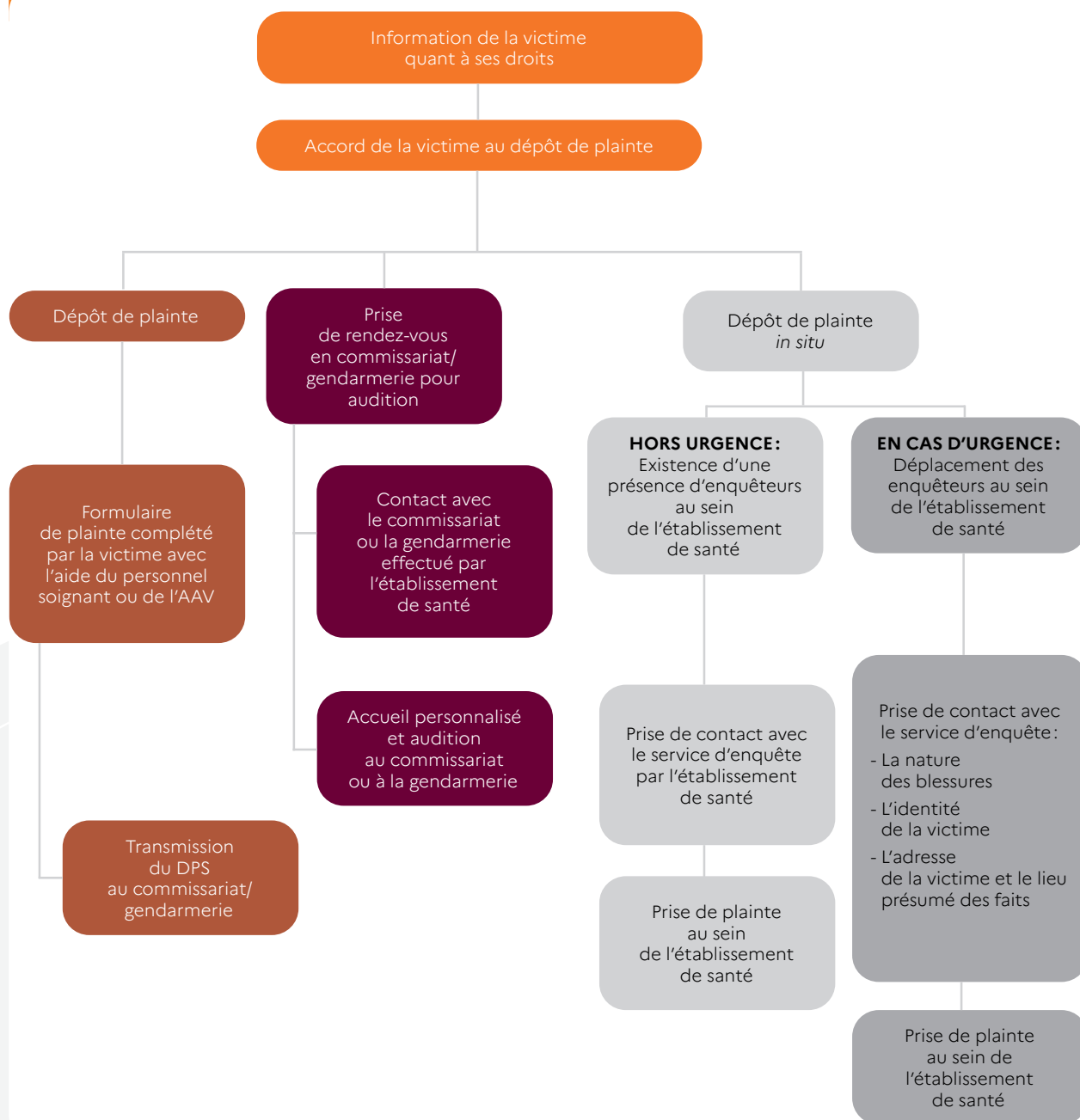
La victime est alors auditionnée par les enquêteurs au sein d'une salle au sein du centre hospitalier permettant d'assurer la confidentialité de l'audition.



¹ Victime gravement traumatisée, hospitalisée.

² Lorsque la victime n'est pas en mesure de se protéger ou de se déplacer, lorsque l'auteur présumé est présent au sein ou à l'extérieur de l'établissement de santé, ou en cas de crainte de la victime de retourner au domicile conjugal, en l'absence de solution immédiate d'hébergement.

LA PROCÉDURE DE DÉPÔT DE PLAINTE





GOUVERNEMENT

Liberté
Égalité
Fraternité

SIGNALEMENT JUDICIAIRE

Le secret médical constitue l'une des composantes du secret professionnel. Il est protégé tant par les dispositions de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique¹ que par celles de l'article 226-13 du code pénal qui prévoit que « *La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.* ».

Néanmoins, l'article 226-14 écarte l'application de l'article 226-13 qui sanctionne la violation du secret médical dans **les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret**, à l'instar du second alinéa de l'article 40 du code de procédure pénale².

Il prévoit en outre une série de cas dans lesquels le médecin est délié de son obligation : **« le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi ».**



¹ Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne portées à la connaissance du professionnel de santé (repris à l'article 44 du code de déontologie médicale).

² Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs.

LA VICTIME REFUSE DE SIGNALER LES FAITS

LA VICTIME EST MAJEURE ET DANS L'INCAPACITÉ DE SE PROTÉGER EN RAISON DE SON ÂGE OU DE SON INCAPACITÉ PHYSIQUE OU PSYCHIQUE



Article 226-14, 1° du code pénal :

« L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1° À celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ; [...] ».

La personne est considérée comme vulnérable en raison d'une incapacité physique (handicap, état de grossesse, maladie grave, âge...) ou psychique. Lorsque le personnel soignant constate qu'une personne vulnérable au sens des dispositions précitées a subi des **sévices ou des privations, sur le plan physique ou psychique, permettant de présumer la perpétration de violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature**, un signalement est effectué au procureur de la République au moyen de la fiche figurant en annexe.

LA VICTIME EST MAJEURE ET DANS L'INCAPACITÉ DE SE PROTÉGER EN RAISON DE LA CONTRAINTE MORALE RÉSULTANT DE L'EMPRISE EXERCÉE PAR L'AUTEUR DES VIOLENCES



Article 226-14, 3° du code pénal :

« L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable : [...] »

3° Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple relevant de l'article 132-80 du présent code, lorsqu'il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République ; [...] ».

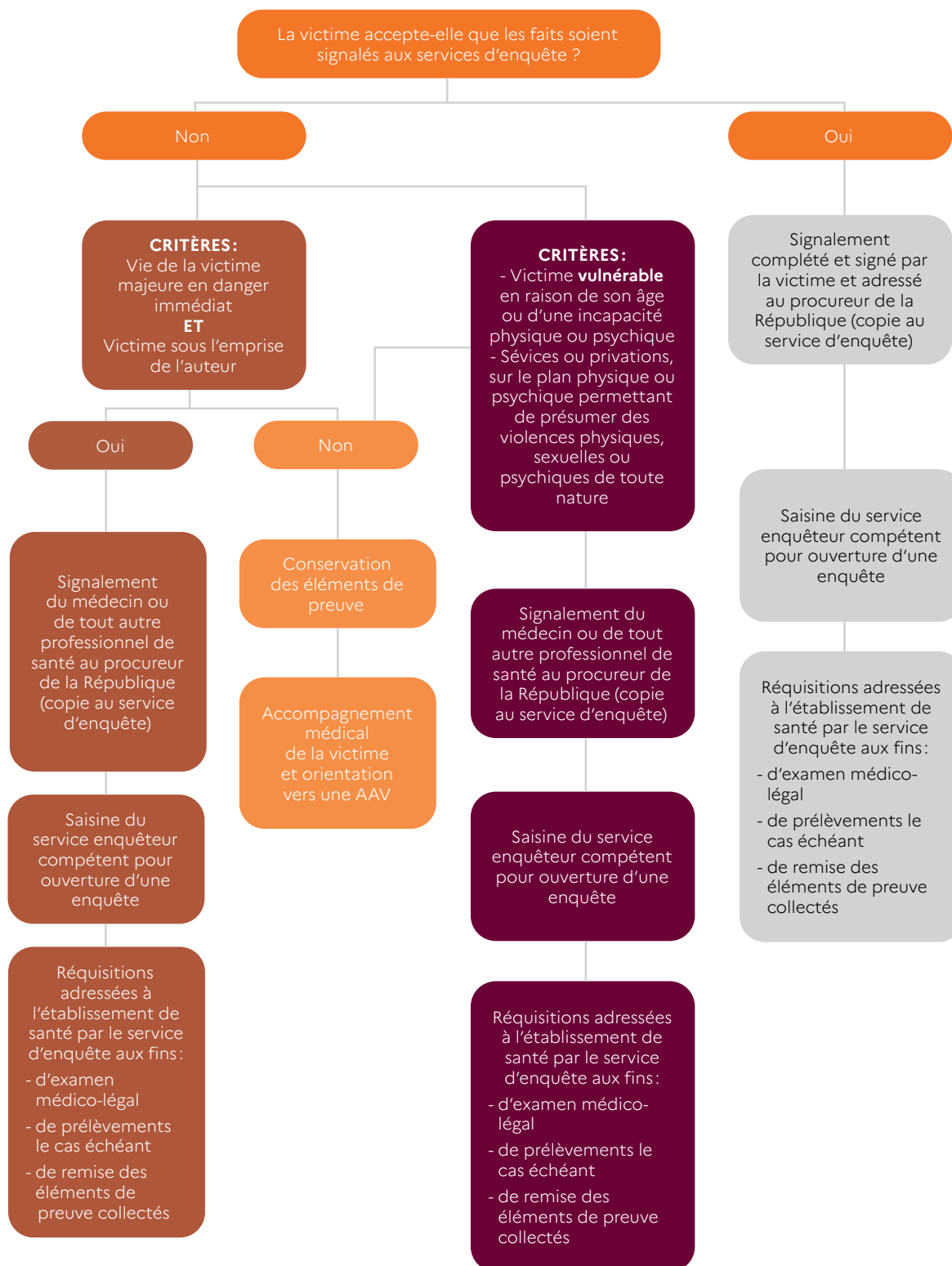
L'arsenal législatif de lutte contre les violences commises au sein du couple a été complété par la loi n° 2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales. Cette loi, applicable depuis le 31 juillet 2020, a étendu les cas de signalement de violences conjugales par les médecins dans un cadre précis. Désormais, le professionnel de santé n'est pas tenu par le secret médical s'il estime en conscience que les deux conditions suivantes sont cumulativement réunies :

1. Lorsque les violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat ET
2. Que la victime se trouve sous l'emprise de l'auteur des violences.

Un signalement est alors effectué au procureur de la République³. Le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République.

³ Voir en ce sens la notice explicative issue du vade-mecum de la réforme de l'article 226-14 du code pénal « Secret médical et violences au sein du couple », jointe à la présente.

LA PROCÉDURE DE SIGNALEMENT





**MINISTÈRE
DE LA JUSTICE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Secret médical et violences au sein du couple

Vade-mecum de la réforme
de l'article 226-14 du code pénal

En partenariat avec la haute autorité de santé
et le conseil national de l'Ordre des médecins

03

Notice explicative du signalement

Établie par le conseil national
de l'Ordre des médecins



**Notice explicative du signalement transmis au procureur de la République
concernant une personne majeure victime de violences conjugales
dans le cadre du 3° de l'article 226-14 du code pénal**

L'article 44 du code de déontologie médicale (art. R. 4127-44 du code de la santé publique) impose au médecin de « mettre en œuvre les moyens les plus adéquats » pour protéger une personne majeure victime de sévices ou de privations « en faisant preuve de prudence et de circonspection ».

L'arsenal législatif de lutte contre les violences commises au sein du couple a été complété par la loi n°2020-936 du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales.

Cette loi, applicable depuis le 31 juillet 2020, a étendu les possibilités de signalement des violences conjugales par les médecins dans un cadre bien précis.

L'article 226-14 du code pénal a ainsi été complété par un 3° prévoyant que l'article 226-13 de ce code réprimant la violation du secret professionnel n'est pas applicable *« au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui porte à la connaissance du procureur de la République une information relative à des violences exercées au sein du couple relevant de l'article 132-80 [de ce code], lorsqu'il estime en conscience que ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et que celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences. Le médecin ou le professionnel de santé doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure ; en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République »*.

Désormais, **la levée du secret médical est possible si deux conditions sont réunies :**

1. lorsque les violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat
et
2. que la victime se trouve sous l'emprise de l'auteur des violences.

Les nouvelles dispositions précisent que le médecin doit s'efforcer d'obtenir l'accord de la victime majeure, et qu'en cas d'impossibilité d'obtenir cet accord, il doit l'informer du signalement fait au procureur de la République.

Dans cette situation seulement, l'accord de la victime majeure n'est pas nécessaire pour permettre au médecin de signaler les violences commises au sein du couple¹, **dès lors que la victime est en danger immédiat faisant craindre une issue fatale et qu'elle se trouve sous l'emprise de l'auteur des violences.**

Il appartient au médecin d'apprécier en conscience si ces violences mettent la vie de la victime majeure en danger immédiat et si celle-ci n'est pas en mesure de se protéger en raison de la contrainte morale résultant de l'emprise exercée par l'auteur des violences.

Un outil d'évaluation du danger et de l'emprise a été élaboré pour aider le médecin dans cette appréciation. Cet outil d'aide à l'évaluation de la situation ne doit pas faire l'objet d'une transmission au Procureur de la République mais il est recommandé de le conserver dans le dossier du patient.

¹ Lesquelles concernent à la fois le conjoint, le concubin, le partenaire lié à la victime par un PACS, actuel ou passé, même sans cohabitation des membres du couple



Afin d'accompagner le médecin dans cette démarche de signalement, un modèle de signalement judiciaire a été élaboré en concertation entre le Groupe de travail du Ministère de la Justice et le Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Le signalement judiciaire est soumis aux règles rédactionnelles de prudence concernant le recueil des faits ou commémoratifs et des doléances exprimées par la personne.

- a) Faits ou commémoratifs : noter les déclarations de la personne entre guillemets sans porter aucun jugement ni interprétation.
- b) Doléances exprimées par la personne : les noter de façon exhaustive et entre guillemets
- c) Examen clinique : décrire précisément les lésions physiques constatées (siège, caractéristiques), ainsi que l'état psychique de la personne, sans interprétation ni ambiguïté.

Le signalement mentionne l'obtention ou non de l'accord de la personne au signalement. Il est rappelé qu'il faut s'efforcer d'obtenir cet accord. En cas d'impossibilité de l'obtenir, la personne doit alors être informée qu'un signalement est fait.

Le signalement doit être adressé directement par le médecin au Procureur de la République, selon l'étape 1 du circuit juridictionnel du signalement :

ETAPE 1 - Envoi du signalement par le professionnel de santé

Le professionnel de santé, à ce stade, a, en conscience, décidé de signaler au procureur de la République des violences conjugales, sans l'accord du patient concerné, dans les conditions de l'article 226-14 al.3 du code pénal.

Destinataire du signalement : le procureur de la République

Modalités d'envoi du signalement : le signalement est envoyé par **courrier électronique à l'adresse mail structurelle de la permanence du parquet compétent** (lieu des faits), dont les messages sont traités en temps réel par le magistrat du parquet de permanence.

Un accusé de réception est adressé par le parquet au signalant pour l'assurer de la prise en compte du signalement.

Il est important de rappeler que la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire du médecin qui effectue un signalement dans les conditions indiquées ci-dessus ne peut pas être engagée, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi.

Documents en annexe :

- Outil d'évaluation intitulé « CRITERES D'EVALUATION DU DANGER IMMEDIAT ET DE L'EMPRISE »
- Modèle de signalement
- Circuit juridictionnel du signalement médical en matière de violences conjugales.
- Pédagogie de la loi du 30 juillet 2020 en matière de signalement de violence au sein d'un couple.

**GOUVERNEMENT**Liberté
Égalité
Fraternité

INDICATEURS DE SUIVI

Le protocole suppose un engagement de ses acteurs que sont :

- L'établissement de santé est le lieu d'accueil initial des victimes et au-delà de la prise en charge médicale, le point de départ d'un accompagnement et d'une orientation multidisciplinaire, juridique mais aussi sociale et psychologique : quelques indicateurs sont nécessaires, notamment pour le recueil de preuves sans plainte.
- Les forces de l'ordre sont en relation étroite avec l'établissement de santé mais leurs indicateurs sont ceux utilisés de façon habituelle pour leur activité.
- Le parquet dirige et coordonne les enquêtes judiciaires, reçoit les signalements effectués par les médecins hospitaliers et au cas par cas, prend directement des réquisitions judiciaires auprès des établissements de santé. Dans le cadre de sa politique d'aide aux victimes, il saisit les associations d'aide aux victimes, pour un accompagnement ou pour une évaluation approfondie du préjudice de ces dernières. Les indicateurs d'activité du parquet sont très nombreux sur ces secteurs.
- Enfin, l'association d'aide aux victimes locale (AAV) est un maillon essentiel du continuum de la prise en charge multidisciplinaire de la victime, dans le cadre de son organisation propre et du partenariat tissé avec l'établissement de santé. Ces indicateurs d'activité peuvent être précisés au titre du protocole.

Les indicateurs de suivi du protocole doivent tenir compte des missions et des moyens engagés par chacun des acteurs mais aussi du mode habituel de recueil des données d'activité de ceux-ci, le protocole n'ayant pas pour vocation de contraindre ses signataires à mettre en place des outils statistiques nouveaux et onéreux.



INDICATEURS POUR L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

LES PRISES DE PLAINTES PRISES *IN SITU* PAR LES POLICIERS OU LES GENDARMES HORS LES CAS D'URGENCE

Si l'établissement de santé dispose des moyens adéquats, il met à disposition du service de police ou de l'unité de gendarmerie des locaux pour la prise de plainte in situ des victimes : à cet effet, un planning ou un tableau de prises de rendez-vous est nécessairement tenu de part et d'autre des services.

Ces documents internes peuvent être la base d'une comptabilisation des prises de plaintes *in situ*, selon une périodicité que les signataires du protocole définissent.

LES RÉQUISITIONS JUDICIAIRES REÇUES DES ENQUÊTEURS OU DU PARQUET

MedLé est une plateforme en ligne gérée par la DGOS. Elle remplace depuis 2020 l'Observatoire national de la médecine légale. Accessible aux UMJ et IML du schéma directeur de la médecine légale, elle permet de suivre l'activité de ces structures en indiquant, pour chaque victime, des informations sur son profil et sur les examens requis.¹

Les UMJ hospitalières du schéma national de la médecine légale tiennent une statistique des actes requis (cf. plateforme « MedLé ») dont : le type d'acte effectué (somatique et/ou psychiatrique), le type de la victime (majeure, mineure, sexe), ainsi que les prélèvements et examens complémentaires effectués (biologie, imagerie, toxicologie, génétique...).

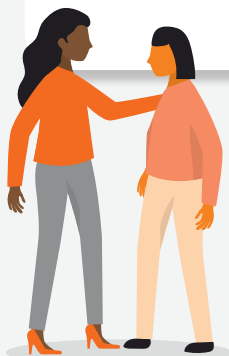
Cependant, les autres établissements de santé ne comptabilisent les réquisitions reçues que par le biais de leur service des finances pour le paiement à l'acte sur frais de justice et sans possibilité de différenciation selon le type d'acte.

Dès lors, seule l'utilisation de l'outil MedLé est préconisée tel qu'il est utilisé à ce jour par les UMJ relevant du schéma directeur de la médecine légale.

LES RECUEILS DE PREUVES SANS PLAINTE

Il s'agit d'indicateurs que seul l'établissement de santé peut tenir, puisque cette démarche est effectuée à titre conservatoire et en dehors de toute procédure judiciaire et que les réquisitions judiciaires n'interviendront qu'a posteriori, après l'engagement d'une procédure judiciaire : ces indicateurs nouveaux sont utiles à l'établissement de santé pour une « revue de cas » régulière et pour un bilan interne à la fin du délai de conservation des preuves (3 ans).

- Pour les UMJ du schéma directeur de la médecine légale : les actes effectués dans le cadre du recueil de preuves sans plaintes sont saisis dans MedLé. Pour chaque victime accueillie, les informations sont renseignées selon le type d'acte effectué, le type de victime, ainsi que les prélèvements effectués le cas échéant.
- Pour les autres UMJ (de proximité) ou les autres établissements de santé, s'ils n'ont pas accès à MedLé¹, aucun autre indicateur ne leur sera demandé.



¹ Des évolutions sont à prévoir en lien avec le renforcement du maillage territorial de la médecine légale du vivant qui se traduira notamment par la conclusion de protocoles avec des structures hospitalières (hors schéma directeur actuel) : ces dernières devraient pouvoir accéder à MedLé pour enregistrer les éléments statistiques similaires à ceux saisis par les UMJ du schéma directeur de la médecine légale.

INDICATEURS POUR LES FORCES DE SÉCURITÉ INTÉRIEURE

Les services de police ou les unités de gendarmerie ne sont pas en mesure, compte tenu de la masse des procédures enregistrées, de mettre en place des indicateurs spécifiques opérant une différenciation des procédures, selon qu'elles débutent par un dépôt de plainte simplifiée dans l'établissement de santé, un dépôt de plainte dans les locaux des forces de l'ordre ou par un signalement à l'autorité judiciaire transmis ensuite pour enquête. Il en est de même lorsque la plainte de la victime est prise dans un temps postérieur à un recueil des preuves effectué initialement et à titre conservatoire par l'établissement de santé.

Les seuls indicateurs spécifiques susceptibles d'être recueillis a posteriori par les forces de l'ordre sont ceux relatifs aux prises de plaintes prises *in situ* par les policiers ou les gendarmes, hors urgence.

En effet, quand les signataires du protocole les ont prévues, les prises de plainte sur rendez-vous dans les locaux mis à disposition par l'établissement de santé supposent l'élaboration de plannings ou de tableaux partagés entre les services.

Ces documents internes aux services sont des outils qui peuvent être la base d'une comptabilisation des prises de plaintes *in situ*, selon une périodicité que les signataires du protocole définissent.

INDICATEURS POUR LES PARQUETS

L'enregistrement sur CASSIOPEE des procédures ne permet pas de distinguer selon qu'une enquête a débuté par un dépôt de plainte simplifiée (DPS) ou une plainte déposée dans le service de police ou de gendarmerie, voire prise *in situ* dans l'établissement de santé. Il ne permet pas davantage de différencier avec finesse et exhaustivité les procédures qui ont débuté par un signalement à l'autorité judiciaire. Dès lors, les indicateurs utilisés par les parquets ne seront pas spécifiques.

INDICATEURS POUR LES POUR LES ASSOCIATIONS D'AIDE AUX VICTIMES

Certains indicateurs sont déjà renseignés par les AAV lors de leur questionnaire d'activité de début d'année : amplitude horaire par semaine des permanences de l'AAV (le cas échéant sur le site de l'établissement de santé), nombre d'ETP engagés en juristes et en psychologue

INDICATEURS D'ACTIVITÉ PROPOSÉS AU TITRE DU PROTOCOLE

- Nombre de personnes reçues par mois : sur place si une permanence de l'AAV existe, ou immédiatement à la sortie de l'établissement de santé dans un autre lieu, ou encore sur RV pris par l'établissement de santé ;
- Les AAV renseignent déjà leurs données selon que l'orientation est faite vers elle par un service hospitalier mais cette rubrique « service hospitalier » pourrait être précisée, quand il s'agit de l'établissement de santé signataire du protocole.

INDICATEURS SUR LES RÉQUISITIONS DU PARQUET EN APPLICATION DE L'ARTICLE 41CPP ET DE L'ARTICLE 10-5 CPP (EVVI)

Indicateurs : nombre de réquisitions mensuelles sur chacune de ces bases légales
Il serait utile de croiser ces données avec deux précisions :

- sur le sexe des victimes
- sur les types d'infractions : viol / autres agressions sexuelles, dont harcèlement et, si possible, (nouvel item) violences conjugales



GOUVERNEMENT

Liberté
Égalité
Fraternité

SITUATION DES MINEURS VICTIMES ET/OU TÉMOINS

Le protocole de lutte contre les violences conjugales, intrafamiliales et/ou sexuelles santé-sécurité-justice prévoit en son article 3 qu'il s'applique uniquement aux victimes majeures.

Il a naturellement vocation à s'articuler avec les dispositifs spécifiques prévus pour les mineurs victimes et/ou témoins d'infractions, à l'instar de l'utilisation des salles Mélanie ou des protocoles destinés à la mise en place d'**unités d'accueil pédiatrique enfance en danger** (UAPED)¹ dont la généralisation, à raison d'une unité par département à l'horizon 2022, est en cours en application du second plan de lutte contre les violences faites aux enfants (mesure 6). Ces protocoles prévoient en effet l'accueil et l'accompagnement de ces mineurs victimes, dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire (médicale : somatique et psychologique, médico-légale, sociale, juridique) au sein d'un établissement hospitalier.

Néanmoins, la connaissance de la présence de mineurs exposés aux violences au sein du foyer doit amener l'ensemble des acteurs du présent protocole à une **vigilance particulière**.

Ainsi, ces situations font l'objet de dispositions spécifiques dans le protocole d'accueil et d'accompagnement des victimes de violences conjugales, intrafamiliales et/ou sexuelles au sein des établissements de santé. Outre le rappel, dans l'annexe de ce protocole, du cadre juridique applicable au signalement du professionnel de santé en présence de victime mineure de privations ou de sévices, y compris sexuels, les dispositions spécifiques portent notamment sur :

- La prise en charge des mineurs accompagnant le cas échéant la victime durant ses examens et auditions : l'article 5 du protocole prévoit ainsi, à titre de disposition facultative, que l'établissement de santé s'engage à organiser la prise en charge du/des mineurs accompagnant la victime durant le temps de son audition, le cas échéant dans le cadre de l'UAPED, en lien avec le Conseil départemental. En cas d'hospitalisation de la victime, l'établissement de santé s'engage à contacter le Conseil départemental aux fins de recherche, en lien avec le parquet, des possibilités d'hébergement du/des mineurs (auprès des proches, en vue d'un accueil provisoire ou d'un placement en urgence) ;
- La prise en charge médico-légale des mineurs témoins des faits : dans ces cas de dépôt de plainte ou de signalement, les articles 6 et 7 du protocole prévoient, à titre de disposition facultative, que le service enquêteur s'engage à adresser à l'établissement de santé une réquisition aux fins d'examen médico-légal des mineurs, lorsqu'il est établi qu'un ou des mineurs présents au sein du foyer sont témoins des faits ;
- L'évaluation du danger par la saisine de la CRIP² du conseil départemental aux fins d'évaluation de la situation du ou des enfants et de la situation familiale, en présence de mineurs au sein du foyer, en application de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, hors les cas de danger grave et immédiat où la saisine directe du procureur de la République par le professionnel est nécessaire conformément aux dispositions de l'article L. 226-4 du même code.

Il convient en tout état de cause de se référer sur ces points au [guide relatif à la prise en charge des mineurs victimes de la DACG](#).



¹ Lorsqu'il existe sur un même territoire à la fois une UAPED et une salle Mélanie, le choix relatif à l'utilisation de l'un ou l'autre des dispositifs relève de l'autorité judiciaire ou des services d'enquête saisis.

² Cellule de recueil, d'évaluation et de traitement des informations préoccupantes.



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

FORMATION POLICE NATIONALE



CODE DWF	TITRE	DURÉE	PUBLIC CONCERNÉ	STRATÉGIE	OBJECTIFS
EL017	Accueil du public	24h00	Tout personnel assurant quotidiennement ou occasionnellement une mission d'accueil du public	Régionale	Optimiser la qualité de l'accueil du public
EL016	Référent du accueil du public	12h00	Correspondants départementaux ou locaux aide aux victimes ou toute personne désignée référent accueil par le chef de service d'une circonscription	Régionale	Mettre en place les moyens favorisant un accueil de qualité du public
EK012	Violences conjugales et sur ascendant	18h00	Tout public actif	Régionale	Le stagiaire sera capable de se positionner au sein du dispositif d'aide et d'écoute aux femmes victimes de violences conjugales
EK022	Violences intrafamiliales	18h00	Fonctionnaires actifs ayant vocation à intervenir dans le cadre des violences intrafamiliales	PP/DSPAP	Gérer les différentes situations de violences intrafamiliales rencontrées au cours des interventions de police
EK023	Accueil du public et assistance des victimes de violences conjugales en sécurité publique	12h00	Gradés et gardiens de la paix, ADS, personnels administratifs	Locale et sur site DDSP 06 / 12 34 / 42 / 57 / 69 / 72 / 95	Situer la fonction de l'accueil du public et de l'assistance aux victimes dans le cadre des violences conjugales en prenant en compte l'action des partenaires sociaux
EK088	Les violences conjugales	18h00	Tout public police	Locale DDSP 95	Être capable d'appréhender les causes et le traitement des violences conjugales, de connaître la politique des différents acteurs du département (parquet, UMJ, avocats, associations...), et d'orienter les victimes vers des structures adaptées
EK097	Cyberviolences conjugales : mieux identifier, accompagner, protéger et orienter les victimes	12h00	Officiers, commissaires, brigadiers majors	Distanciel	Appréhender les enjeux relatifs aux violences conjugales exercées via les outils numériques pour mieux accompagner les victimes
EK099	Les violences conjugales (Cursus brigade de protection de la famille)	24h00	Personnel actif		Prendre en compte les aspects psychologiques des violences conjugales du point de vue de la victime, des enfants témoin et de l'auteur
DT002	Violences conjugales : techniques procédurales et suites pénales	12h00	Tout personnel actif		Appréhender le traitement des violences conjugales tant au niveau de la première intervention qu'en ce qui concerne le formalisme procédural et les suites judiciaires

Les formations ci-dessous ne concernent pas spécifiquement les violences conjugales mais prennent en compte la prise en charge des femmes victimes de violences sexuelles et sexistes (accueil du public) ainsi que le réseau partenarial d'aide aux victimes

DR015	Les violences sexuelles et sexistes	De 15 à 18h00	Tout public	Régionale	Optimiser la prise en compte des victimes des violences sexuelles et sexistes
BM042	Opérateur de la plateforme de signalement en ligne des violences sexuelles et sexistes	30h00	Personnel actif affecté en tant qu'opérateur de la plateforme de signalement en ligne des violences sexuelles et sexistes	Régionale	Exercer les missions d'opérateur en prenant en charge par chat une victime de violence sexuelle et/ou sexiste



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

FORMATION GENDARMERIE NATIONALE



La Gendarmerie nationale propose trois niveaux de formation : élémentaire, intermédiaire et expert. Le déploiement d'un dispositif d'accueil et d'accompagnement des victimes de violences conjugales, intrafamiliales et/ou sexuelles au sein des établissements de santé sera intégré à ces programmes de formation et une communication complémentaire sera faite en interne.





LA FORMATION

LA FORMATION ÉLÉMENTAIRE DES ÉLÈVES GENDARMES ET DES ÉLÈVES OFFICIERS

La formation des élèves sous-officiers sur la problématique des violences intra-familiales (VIF) est organisée comme suit :

- une **formation de 8 heures** (5 modules - mallette pédagogique du CEGN) l'évaluation du danger est intégrée dans la formation des élèves en matière d'accueil à l'unité et de prise en compte d'une victime sur les lieux d'une intervention ;
- sur les 86 heures dédiées à la formation à la proximité, au contact et à la victimologie, 10 heures sont consacrées spécifiquement à cette thématique depuis 2019 et 8 heures concernent des mises en situation ;
- le domaine des VIF est abordé également au travers des techniques de communication (12 heures : écoute active, développement de l'empathie, techniques d'apaisement...) ;

Ces évolutions ont été également intégrées dans la formation des élèves-officiers, particulièrement dans le domaine du contrôle et du management.

LA FORMATION INTERMÉDIAIRE DÉCONCENTRÉE DES MILITAIRES AU SEIN DES GROUPEMENTS DE GENDARMERIE DÉPARTEMENTALE

Pilotée au niveau des groupements (OAP), la formation s'articule autour :

- d'une **formation de 8 heures** (5 modules - mallette pédagogique du CEGN) ;
- d'un **enseignement à distance** de 25 minutes sur GENDFORM 3.0., pré-requis indispensable à la formation en présentiel.

Chaque militaire servant en BTA, COB, BR, PSIG, MCPF (ex BPDJ) et CORG doit être formé avant le 31 décembre 2021, avec une obligation de formation prévue tous les cinq ans au CNFSP de Dijon.

LA FORMATION D'EXPERTISE DES MÉCANISMES VIF

L'objectif de cette formation est d'identifier et **de mieux appréhender le contexte des VIF, les mécanismes des violences** et leurs conséquences sur les victimes.

Elle contient **4 modules** (Enquête judiciaire/Victime/Auteurs/Partenariat) reposant sur les compétences de formateurs GN, de psychologues et d'intervenants extérieurs et est organisée au Centre national de formation de la police judiciaire (CNFPJ) de Rosny-sous-Bois **durant 5 jours**.

Elle cible les **officiers de police judiciaire** affectés en unité territoriale ou au sein des Maisons de confiance et de protection des familles, avec pour objectif a minima un enquêteur formé par département. Ces derniers sont ensuite en charge d'animer localement la formation continue en lien avec les partenaires associatifs et institutionnels locaux.



GOUVERNEMENT

Liberté
Égalité
Fraternité

DOSSIER CONSERVATOIRE

RECUEIL DE PREUVES

SANS PLAINTES

Le modèle de protocole d'accueil et accompagnement des victimes de violences conjugales, intrafamiliales et/ou sexuelles au sein des établissements de santé prévoit en son article 8 qu'une victime majeure non vulnérable de violences conjugales et/ou sexuelles qui ne souhaite pas initier de procédure judiciaire peut bénéficier d'un temps de réflexion et d'actes accomplis dans une démarche conservatoire. Cette démarche conservatoire est intitulée le recueil de preuves sans plainte.

Pour rappel, le protocole distingue deux cadres situationnels en fonction de la nature des faits de violences allégués par la victime :

- a) Les actes ne supposant pas, *a priori*, de qualification en médecine légale particulière.
- b) Les actes supposant, *a priori*, une qualification en médecine légale (dont violences sexuelles).





ÉTAPE 1: INFORMATION ET CONSENTEMENT

Dans les deux cadres situationnels, le médecin devra préalablement recueillir le **consentement écrit** [annexe 1] de la victime après lui avoir délivré une **information claire, loyale et adaptée** sur les modalités pratiques (examen, éventuellement clichés photographiques et réalisation de prélèvements...) et les finalités de ce dossier (conservation sécurisée durant trois ans, transmission sur réquisitions dans le cadre d'une procédure judiciaire ou destruction au-delà de trois ans en l'absence de procédure).

Le consentement écrit est **conservé dans le dossier** et une copie remise à la victime si elle le souhaite.

ÉTAPE 2: EXAMEN, PRÉLÈVEMENTS ET ÉTABLISSEMENT D'UN CERTIFICAT MÉDICAL INITIAL

Il convient de distinguer les deux cadres situationnels :

LES ACTES NE SUPPOSANT PAS, A PRIORI, DE QUALIFICATION EN MÉDECINE LÉGALE PARTICULIÈRE

Le médecin établit un certificat médical initial [annexe 2] attestant de l'état physique et psychologique de la victime et fixe, le cas échéant, l'incapacité totale de travail (itt).

- Il conserve l'original au sein du dossier ;
- Il remet à la victime, si elle en formule le souhait, un exemplaire de ce certificat, et lui propose d'en adresser un exemplaire à son médecin traitant ;

S'il dispose des moyens adéquats et s'il l'estime utile, le médecin prend, avec l'accord de la victime, des clichés photographiques des lésions constatées qui sont conservés dans le dossier.

LES ACTES SUPPOSANT, A PRIORI, UNE QUALIFICATION EN MÉDECINE LÉGALE (DONT VIOLENCES SEXUELLES)

En cas d'infraction nécessitant des prélèvements, et notamment en cas d'infraction sexuelle, l'ensemble de la prise en charge doit obligatoirement être effectuée par un médecin qualifié en médecine légale ¹.

Le médecin qualifié en médecine légale établit un rapport médico-légal attestant de l'état physique et psychologique de la victime et fixe l'incapacité totale de travail (ITT).

- Il conserve l'original au sein du dossier ;
- S'il s'agit de violences sexuelles commises dans le cadre conjugal, il remet à la victime, si elle en formule la demande, un exemplaire du rapport médico-légal, et lui propose d'en adresser un exemplaire à son médecin traitant. En dehors de ce cas, le rapport n'est pas remis à la victime.

S'il l'estime utile, avec l'accord de la victime, le médecin légiste prend des clichés photographiques des lésions constatées qui sont conservés dans le dossier.

En fonction de l'appréciation médicale relative à la nature et à la datation des faits allégués, le médecin légiste procède également à des prélèvements à visée toxicologique et de biologie moléculaire, qui sont conservés, notamment par congélation, avec des équipements hospitaliers adéquats.

Ces prélèvements sont détaillés dans le « *vademecum prélèvements conservatoires* » [annexes 3 et 4].

¹ Il peut s'agir d'un médecin légiste ou d'un médecin urgentiste, d'un médecin gynécologue ou d'une autre spécialité, dès lors qu'il dispose d'une qualification en médecine légale.

ÉTAPE 3: CONSERVATION DES PRÉLÈVEMENTS

Les prélèvements ainsi réalisés sont conservés dans des conditions compatibles avec les règles de bonnes pratiques détaillées dans le «*vademecum prélèvements conservatoires*» [annexe 3].

La durée maximale de conservation est fixée à 3 années.

ÉTAPE 4: DEVENIR DES ÉLÉMENTS CONSERVATOIRES RECUEILLIS

REMISE SUR RÉQUISITION DANS LE CADRE D'UNE PROCÉDURE JUDICIAIRE

Si par la suite, la victime formalise de quelque manière que ce soit sa volonté de déposer plainte ou de signaler les faits, les modalités diverses d'une procédure judiciaire sont applicables et notamment les dispositions prévues aux articles 6 et 7 du protocole.

En conséquence, le service d'enquête saisi s'engage à adresser au directeur de l'établissement de santé une réquisition judiciaire aux fins de remise :

- Du certificat médical initial et/ou des clichés photographiques (cas de figure a)
- Du rapport médico-légal et/ou des clichés photographiques et/ou des prélèvements effectués et conservés (cas de figure b)

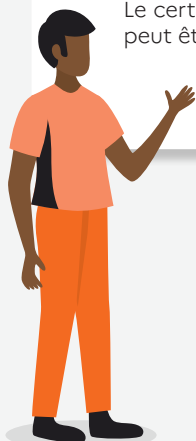
La remise de prélèvements s'accompagne de la complétude d'un document de remise [annexe 5] qui est conservé avec une copie de la réquisition judiciaire dans le dossier.

Ces derniers sont par la suite exploités directement sur réquisitions ou sur ordonnance de commission d'expert et/ou font l'objet d'un placement sous scellés avec, le cas échéant, une demande de conservation au sein de l'établissement de santé.

EXPIRATION DU DÉLAI DE 3 ANS

À l'issue du délai maximal de trois ans et en l'absence de réquisition aux fins de remise, l'ensemble des prélèvements est détruit.

Le certificat médical initial ou le rapport médico-légal, conservé sous format dématérialisé, peut être conservé dans le dossier.



**GOUVERNEMENT***Liberté
Égalité
Fraternité*

DOSSIER CONSERVATOIRE RECUEIL DE PREUVES SANS PLAINTE CONSENTEMENT

Je soussigné(e), (NOM/ PRÉNOM) _____

Né(e) le (JJ/MM/AAAA) _____

Certifie avoir été informé(e)

- par (identité et fonction) _____

- exerçant au sein du service _____

- de l'établissement de santé de _____

- des finalités médico-légales de la procédure conservatoire à laquelle je consens,

- et autorise le médecin légiste à pratiquer sur ma personne :

☐ Un examen médico-légal avec éventuellement prise de clichés photographiques

☐ Des prélèvements en vue d'éventuelles analyses de biologie moléculaire et/ou de toxicologie.

J'ai connaissance que les prélèvements (biologie moléculaire et la toxicologie) sont conservés par l'établissement de santé et ne pourront être transmis que dans le cadre d'une réquisition judiciaire.

J'ai compris que ces actes conservatoires me permettent de bénéficier d'un temps de réflexion pour pouvoir formaliser une plainte ou consentir à un signalement sur les faits que j'ai décrits.

J'ai compris qu'à défaut de plainte formalisée de ma part dans le délai de trois ans, les prélèvements seront détruits.

Fait à _____

le _____

Signature

Original conservé dans le dossier

Copie remise à la victime



EXAMEN CLINIQUE

- Examen réalisé _____ jours après les faits de violences décrits.
- Femme / Homme âgé(e) de _____ ans, alléguant être droitier, gaucher.
- Taille (cm):
- Poids (kg):
- Examen de la surface corporelle:
- Examen psychologique:

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

L'intéressé(e) a bénéficié des examens complémentaires suivants:

CONCLUSIONS

Il s'agit de Madame / Monsieur _____
âgé(e) de _____ ans,
qui rapporte avoir été victime de violences le ____/____/____.

L'examen réalisé à _____ jours des faits rapportés met en évidence:

- Sur le plan physique:
- Sur le plan psychologique:

Compte tenu des constatations et en l'état du dossier, l'ITT au sens pénal peut être estimée à : (...) jours,
sous réserve de complications.

Fait à _____

Le _____

Docteur _____


GOUVERNEMENT
*Liberté
Égalité
Fraternité*

PRÉLÈVEMENTS CONSERVATOIRES RECUEIL DE PREUVES SANS PLAINTE VADEMECUM

RÉALISATION DES PRÉLÈVEMENTS

> Prélèvements à visée toxicologique:

o Matrices prélevées:

- Faits récents:

- Sang: 6 tubes (4 verts et 2 gris)

- Urine: 1 flacon

- Faits anciens: une mèche de cheveux prélevée en région occipitale et orientée par un fil au niveau de la racine

o Tubes et flacons sont étiquetés

o Prélèvements détaillés dans le rapport médico-légal.

> Prélèvements à visée de biologie moléculaire:

o Écouvillons:

Le préleveur doit être en conditions stériles (gants stériles, masque chirurgical, blouse stérile et calot) pour écouvillonner les sites anatomiques d'intérêts.

Chaque écouvillon est étiqueté et numéroté en complétant le document « fiche de correspondance des écouvillons ». [annexe 4]

Prélèvements détaillés dans le rapport médico-légal.

o Vêtements:

Les prélèvements susceptibles d'intéresser la procédure judiciaire sont placés séparément par la victime elle-même dans des poches kraft.

Prélèvements reportés dans le rapport médico-légal.

TRAÇABILITÉ

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1											
2											
3											
4	NOM	Prénom	SEXE	AGE	Date dossier	prélèvements	DEVENIR		Date remise	Date destruc.	Date fin
							Date réactiv.	Service			

Les prélèvements sont répertoriés dans un tableur Excel selon le format ci-dessous:

Ce tableur Excel est mis à jour à chaque destruction/remise de prélèvements.

CONSERVATION

Elle doit se faire dans des zones de stockage sécurisées à accès limité.

> Prélèvements toxicologiques:

o Sang et urine: enceinte négative à -20°C ou -80°C

o Cheveux: au sec à l'abri de la lumière

> Prélèvements à visée de biologie moléculaire:

o Écouvillons: enceinte négative -20°C ou -80°C

o Vêtements: au sec à l'abri de la lumière

**GOUVERNEMENT***Liberté
Égalité
Fraternité*

PRÉLÈVEMENTS CONSERVATOIRES RECUEIL DE PREUVES SANS PLAINTÉ FICHE DE CORRESPONDANCE DES ÉCOUVILLONS

NOM / PRÉNOM**Date:**

NUMÉRO	LOCALISATION
00	Muqueuse joue victime (prélèvement témoin)
01	Muqueuse joue victime (prélèvement témoin)
02	
03	
04	
05	
06	
07	
08	
09	
10	
11	
12	



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

PRÉLÈVEMENTS CONSERVATOIRES DOCUMENT DE REMISE À L'OPJ

NOM / PRÉNOM

Je soussigné(e) (NOM-PRÉNOM/FONCTION) _____

- Certifie avoir remis sur réquisitions judiciaires le _____ à _____ h _____

- À (NOM-PRÉNOM - FONCTION): _____

- Les prélèvements suivants :

☐ _____

☐ _____

☐ _____

☐ _____

☐ _____

Prélèvements scellés sur place par l'officier de police judiciaire :

☐ OUI ☐ NON

Telle ville _____, le _____

Personne réceptionnant les prélèvements
Signature

Personne remettant les prélèvements
Signature

05 - TRAMES



GOVERNEMENT

Liberté
Égalité
Fraternité

FICHE DE LIAISON À DESTINATION DES ASSOCIATIONS D'AIDE AUX VICTIMES VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES ET CONJUGALES

Je soussigné(e) :

NOM : _____ N° de téléphone (personnel ou d'un proche)

Prénom : _____ souhaite être contacté(e) : _____

Date et lieu de naissance : _____

Lieu d'hébergement à la sortie de l'établissement de santé (non obligatoire) : _____

_____ (s'il ne s'agit pas du domicile habituel, merci de l'indiquer).

☐ Déclare être victime de (cocher la ou les cases suivantes) :

☐ violences physiques

☐ violences psychologiques

☐ violences sexuelles

Commises le (date) _____ à (commune) _____

☐ Je souhaite vous donner le nom de l'auteur des faits : _____

Son adresse : _____

☐ Je ne souhaite pas donner son nom pour l'instant.

Observations (sur le type de violences commises, sur l'utilisation d'arme ou d'objets ayant servi à me porter des coups, sur ma situation personnelle, sur mes besoins immédiats) :

J'ai déjà déposé plainte au cours de l'année écoulée pour des faits similaires contre le même individu :

☐ Non ☐ Oui (dans ce cas, préciser le service d'enquête concerné _____)

Je suis hospitalisée : ☐ Non ☐ Oui

Je suis parent : ☐ Non ☐ Oui de ___ enfants (âge des enfants : _____)

- J'autorise l'établissement de santé à communiquer cette fiche à une association d'aide aux victimes pour qu'elle puisse m'informer et m'accompagner dans d'éventuelles démarches
- J'autorise l'association d'aide aux victimes à me contacter sur la ligne indiquée ci-dessus ou via l'établissement de santé
- J'ai pris connaissance du fait que cette fiche de renseignement ne constitue pas un dépôt de plainte.

Fait à l'établissement de santé _____

le _____

Signature :

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION :

Coordonnées à utiliser pour contacter la victime au sein de l'établissement de santé :

Victime prise en charge par l'UMJ : ☐ Oui ☐ Non

**GOUVERNEMENT**Liberté
Égalité
Fraternité**Cour d'appel de
Tribunal judiciaire de
Parquet du procureur de la République**

RÉQUISITION D'UNE ASSOCIATION D'AIDE AUX VICTIMES AUX FINS D'ÉVALUATION PERSONNALISÉE (Dispositif EVVI)

N° Cassiopée: _____ (si procédure enregistrée)

Le procureur de la République près le tribunal judiciaire de _____ ou le juge
d'instruction,

Vu les dispositions des articles 10-5 et D. 1-3 et suivants du code de procédure pénale,

Vu l'enquête diligentée par _____ (service ou unité saisie) sous le
n° _____ (numéro de procédure),Pour des faits de _____,
commis le _____ (date ou période de temps)
à _____ (commune).**Requérons** _____ (association d'aide aux victimes agréée)
aux fins de procéder à une évaluation personnalisée et approfondie de:**NOM:** _____
Prénom: _____
Date et lieu de naissance: _____
Demeurant: _____
Téléphone: _____
Adresse mail: _____

en vue de vérifier sa situation matérielle, sociale, familiale, professionnelle et de déterminer si des mesures spécifiques de protection doivent lui être apportées.

Disons que le rapport d'évaluation devra nous parvenir dans un délai de _____
à compter de la saisine sur la boîte mail de l'expéditeur: _____.

Fait à _____

Le _____

Le procureur de la République

**GOUVERNEMENT**Liberté
Égalité
Fraternité

RÉQUISITION D'UNE ASSOCIATION D'AIDE AUX VICTIMES

N° Cassiopée: _____ (si procédure enregistrée)

Le procureur de la République près le tribunal judiciaire de _____

Vu les dispositions de l'article 41 du code de procédure pénale,

Vu l'enquête diligentée par _____ (service ou unité saisie) sous le
n° _____ (numéro de procédure),Pour des faits de _____,
commis le _____ (date ou période de temps)
à _____ (commune).**Requérons** _____ (association d'aide aux victimes agréée)
afin qu'il soit porté aide à :**NOM:** _____
Prénom: _____
Date et lieu de naissance: _____
Demeurant: _____
Téléphone: _____
Adresse mail: _____

Fait à _____

Le _____

Le procureur de la République

**GOUVERNEMENT***Liberté
Égalité
Fraternité*

DÉPÔT DE PLAINTE SIMPLIFIÉ

Je soussigné(e) :

NOM : _____
Prénom : _____
Date et lieu de naissance : _____
Demeurant : _____
Téléphone : _____

Déclare déposer plainte : (cocher les cases utiles)☐ contre personne dénommée : _____☐ contre inconnu

pour des faits de _____ ,
commis le _____ **(date ou période de temps)** à _____ **(commune).**

Précisions : (cocher les cases utiles)

☐ faits commis dans le milieu familial/ conjugal☐ un seul auteur☐ plusieurs auteurs☐ avec utilisation d'arme ou d'objets ayant servi à porter des coups**Précisions éventuelles en propos libres :**

Je suis informé(e) que ce document sera communiqué à un service enquêteur qui procédera à mon audition ultérieure et aura accès au certificat médical descriptif établi sur réquisitions.

Fait à :
Le :

Signature :



GOVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

SIGNALEMENT DESTINÉ AU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE

1. Auteur du signalement au procureur de la République	
NOM et Prénom	
Profession	
Adresse du lieu de travail	
Téléphone	
Email	

2. Personne concernée			
NOM et Prénom		NOM d'usage	
Date de naissance		Lieu de naissance	
Situation familiale de la victime		Présence d'enfants à charge	
Téléphone		Email:	
Adresse			

3. Éléments de la situation amenant la transmission au procureur de la République

[illegible]

La personne a-t-elle donné son accord à ce signalement ?

☐ Oui☐ Non

Dans le cas mentionné à l'article 226-14 3° du code pénal, la personne a été informée du signalement transmis au procureur de la République.

Fait à _____

Le _____

Signature



GOUVERNEMENT

Liberté
Égalité
Fraternité

SIGNALEMENT VICTIME DE VIOLENCES INTRAFAMILIALES, CONJUGALES ET/OU SEXUELLES

Je soussigné(e):

NOM: _____ N° de téléphone (personnel ou d'un proche)

Prénom: _____ souhaite être contacté(e): _____

Date et lieu de naissance: _____

Lieu d'hébergement à la sortie de l'établissement de santé (non obligatoire): _____

_____ (s'il ne s'agit pas du domicile habituel, merci de l'indiquer).

☐ Déclare être victime de (cocher la ou les cases suivantes):

☐ violences physiques

☐ violences psychologiques

☐ violences sexuelles

Commises le (date) _____ à (commune) _____

☐ Je souhaite vous donner le nom de l'auteur des faits: _____

Son adresse: _____

☐ Je ne souhaite pas donner son nom pour l'instant.

Observations (sur le type de violences commises, sur l'utilisation d'arme ou d'objets ayant servi à me porter des coups, sur ma situation personnelle, sur mes besoins immédiats):

J'ai déjà déposé plainte au cours de l'année écoulée pour des faits similaires contre le même individu:

☐ Non ☐ Oui (dans ce cas, préciser le service d'enquête concerné _____)

Je suis hospitalisée: ☐ Non ☐ Oui

- Je demande au centre hospitalier de communiquer cette fiche à un service de police ou à une unité de gendarmerie qui me contactera pour poursuivre l'enquête.
- J'autorise les enquêteurs à me contacter sur la ligne indiquée ci-dessus ou via l'hôpital.

Fait au centre hospitalier _____

Le _____

Signature

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION:

Coordonnées à utiliser pour contacter la victime au sein de l'hôpital:

Victime prise en charge par l'UMJ: ☐ Oui ☐ Non

GOUVERNEMENT

Liberté
Égalité
Fraternité

FICHE DE RECUEIL DU CONSENTEMENT ET D'INFORMATION DE LA VICTIME (RECUEIL DE PREUVES SANS PLAINTE)

Je soussigné(e) :

NOM : _____N° de téléphone (*personnel ou d'un proche*) souhaite être contacté(e) _____**Prénom :** _____

Date et lieu de naissance : _____

Lieu d'hébergement à la sortie de l'établissement de santé (*non obligatoire*) : _____

(s'il ne s'agit pas du domicile habituel, merci de l'indiquer).

Je me suis présenté(e) aujourd'hui, le _____

à l'établissement de santé de _____ et dans le service de _____

J'ai fait état, au cours de ma prise en charge, de : (mention non obligatoire : le cas échéant, la victime indique : violences conjugales, agression sexuelle, viol, harcèlement sexuel, autres)

Et j'ai fait l'objet d'un examen médical.

- ☐ Je prends acte qu'après cet examen médical, un certificat médical détaillé descriptif de mes blessures a été établi et que ce certificat constitue une preuve ;
- ☐ J'ai autorisé les professionnels de santé à prendre, au cours de cet examen médical, des photographies des blessures que je peux présenter et qui peuvent constituer des preuves ;
- ☐ Je comprends que ces photographies seront des pièces complémentaires jointes au certificat médical et qui seront conservés dans le dossier tenu à mon nom au sein de l'établissement ;
- ☐ J'ai autorisé les professionnels de santé, dans le cadre de cet examen médical, à réaliser sur ma personne des prélèvements utiles, qui pourraient être des preuves complémentaires et qui pourraient être analysés dans le cadre d'une enquête judiciaire ;
- ☐ J'autorise le service hospitalier à conserver ces prélèvements, dans les conditions habituelles de conservation de cet établissement ;
- ☐ Je suis informé(e) que la durée maximale de conservation de toutes ces preuves est de 3 ans.

J'ai été informé(e) de mes droits en qualité de victime d'une infraction pénale:

- Déposer plainte, et éventuellement, obtenir un rendez-vous auprès de la police ou de la gendarmerie pour le faire rapidement ou remplir dès aujourd'hui dans le service hospitalier un formulaire de dépôt de plainte simplifiée ;
- Donner mon accord pour que le médecin hospitalier effectue un signalement écrit à la justice (procureur de la République) et aux services de sécurité intérieure sur ma situation ;
- Prendre un temps de réflexion supplémentaire avant de décider si je dépose plainte.

Aujourd'hui, je ne souhaite pas déposer plainte ni autoriser le médecin hospitalier à effectuer un signalement et je choisis de prendre un temps de réflexion supplémentaire sur ma démarche future.

J'ai été informé(e) de l'accompagnement et de l'aide qui peuvent m'être apportés :

- Un accompagnement social (*cf. coordonnées des services et structures et des associations*)
- Un accompagnement juridique (*coordonnées de l'association d'aide aux victimes conventionnée ou date de RV avec l'association le cas échéant ou association présente sur le site hospitalier*)
- Un accompagnement psychologique (*coordonnées du service compétent à l'hôpital et coordonnées de l'association d'aide aux victimes*).

Je suis informé(e) que si je décide de déposer plainte, je peux me manifester auprès du service hospitalier qui m'a pris(e) en charge aujourd'hui, ou auprès du commissariat de police ou à la brigade de gendarmerie de mon domicile, ou auprès du procureur de la République de mon domicile.

Le document que je signe aujourd'hui pourra être très utile pour ma démarche.

Je suis informé(e) que si je décide de déposer plainte ou de donner mon accord pour qu'un signalement du médecin hospitalier soit effectué auprès de la justice, la procédure judiciaire permettra aux professionnels de santé du service de remettre aux enquêteurs, sur réquisitions judiciaires, tous les éléments de preuve qui sont conservés à partir d'aujourd'hui dans le service.

Fait à l'établissement de santé de _____

au service de

le _____

Signature de la victime:

Signature du responsable du service ou son représentant, cadre du service:

Coordonnées du service hospitalier qui peut être contactée par la victime:**Références du service:****Victime prise en charge par l'Association d'aide aux victimes (indiquer AAV) sur place:**

☐ Oui ☐ Non (association contactée par le service par téléphone ou fiche navette)

Ministère des solidarités et de la santé

Arrêté du 10 janvier 2022 portant composition du jury de fin de formation des ingénieurs du génie sanitaire de la promotion 2021

NOR : SSAR2230006A

Le ministre des solidarités et de la santé,

Vu le décret n° 90-973 du 30 octobre 1990 modifié portant statut particulier du corps des ingénieurs du génie sanitaire ;

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 du génie sanitaire et notamment son article 5,

Arrête :

Article 1^{er}

Sont nommés membres du jury de fin de formation des ingénieurs du génie sanitaire de la promotion 2021 :

- Madame Delphine COLLE, représentant le directeur général de la santé ;
- Madame Béatrice MOTTET, représentant le directeur des ressources humaines du Secrétariat général des ministères sociaux ;
- Monsieur Pierre LE CANN, représentant le directeur de l'Ecole des hautes études en santé publique.

Article 2

Les directeurs de stage appelés à siéger au sein du jury de la promotion 2021 sont les suivants :

- Jean-Christophe COMBOROURE, Direction générale de la santé ;
- Isabelle DE GUIDO, Direction générale de la santé ;
- Virginie LE ROUX MONTACLAIR, Agence régionale de santé Hauts de France ;
- Caroline PAUL, Direction générale de la santé ;
- Benjamin ARNAL, Agence régionale de santé Occitanie ;
- Corinne FELIERS, Direction générale de la santé ;
- Catherine MALBOS, Agence régionale de santé de l'Ain.

Article 3

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 10 janvier 2022.

Pour le ministre et par délégation :
Le chef du département GPEC/filière métiers,
formation et développement des talents,
Olivier MORIETTE

Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

**Décision n° DS-2022-01 du 11 janvier 2022 portant délégation de signature
au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante**

NOR : SSAX2230010S

La directrice du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,

Vu le code des relations entre le public et l'administration, notamment son article L. 322-6 ;

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu les arrêtés en date du 11 mai 2018 et du 30 juin 2020 du ministre des solidarités et de la santé, et du ministre de l'action et des comptes publics, portant nomination de Mme Pascale ROMENTEAU comme directrice du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement ;

Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA,

Décide :

Article 1^{er}

Délégation est donnée à Mme Emmanuelle BROUCKE, en sa qualité de juriste du service contentieux subrogatoire du FIVA, pour engager les recours contentieux subrogatoires au nom du FIVA devant les juridictions de l'ordre judiciaire et administratif, pour intervenir dans les procédures de conciliation mises en œuvre par les caisses de sécurité sociale, et pour signer les conclusions et tout autre acte de procédure rendus nécessaires par le traitement de ces actions, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Article 2

Délégation est donnée pour signer les lettres et plus généralement tous les documents qui s'avèrent nécessaires à la préparation, l'instruction et l'exécution du contentieux subrogatoire, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Article 3

La présente décision prend effet le 11 janvier 2022 et prendra fin le 31 mars 2022.

Article 4

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité ainsi que sur le site internet du FIVA.

Fait le 11 janvier 2022.

La directrice du Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante,
Pascale ROMENTEAU

Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

**Décision n° DS-2022-02 du 11 janvier 2022 portant délégation de signature
au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante**

NOR : SSAX2230011S

La directrice du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,

Vu le code des relations entre le public et l'administration, notamment son article L. 322-6 ;

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu les arrêtés en date du 11 mai 2018 et du 30 juin 2020 du ministre des solidarités et de la santé, et du ministre de l'action et des comptes publics, portant nomination de Mme Pascale ROMENTEAU comme directrice du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement ;

Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA,

Décide :

Article 1^{er}

Délégation est donnée à Mme Aïcha KRISSAANE, en sa qualité de juriste du service contentieux indemnitaire du FIVA, pour traiter tous contentieux indemnitaires engagés à l'encontre du FIVA, notamment pour valider les conclusions et tout autre acte de procédure rédigés au nom du FIVA, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Article 2

Délégation est donnée pour signer les décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs, présentées pour la première fois dans les conclusions et dont le montant est inférieur à 100 000 (cent mille) euros, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des nouvelles décisions de rejet statuant en matière de prescription.

Article 3

Délégation est également donnée pour signer les lettres et plus généralement tous les documents qui s'avèrent nécessaires à l'instruction et l'exécution du contentieux indemnitaire, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Article 4

Délégation est donnée pour signer les décisions relatives aux provisions servies aux demandeurs dans le cadre du contentieux indemnitaire, dont le montant est inférieur à 100 000 (cent mille) euros, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 5

La présente décision prend effet le 20 janvier 2022 et prendra fin le 31 mars 2022.

Article 6

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité ainsi que sur le site internet du FIVA.

Fait le 11 janvier 2022.

La directrice du Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante,
Pascale ROMENTEAU

Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

**Décision n° DS-2022-03 du 11 janvier 2022 portant délégation de signature
au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante**

NOR : SSAX2230012S

La directrice du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,

Vu le code des relations entre le public et l'administration, notamment son article L. 322-6 ;

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu les arrêtés en date du 11 mai 2018 et du 30 juin 2020 du ministre des solidarités et de la santé, et du ministre de l'action et des comptes publics, portant nomination de Mme Pascale ROMENTEAU comme directrice du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement ;

Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA,

Décide :

Article 1^{er}

Délégation est donnée à Mme Coralie DESHAYES, en sa qualité de juriste au service indemnisation du FIVA, pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs dont le montant est inférieur à 100 000 (cent mille) euros, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet faisant suite à un avis de la Commission d'examen des circonstances de l'exposition à l'amiante, des décisions de rejet statuant en matière de prescription et des décisions de rejet pour défaut de pièces.

Article 2

Délégation est donnée pour signer les lettres et plus généralement tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la procédure d'instruction des demandes d'indemnisation et de la préparation des décisions visées à l'article 1^{er}, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

La présente décision prend effet le 21 janvier 2021 et prendra fin le 31 mars 2022.

Article 4

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité ainsi que sur le site internet du FIVA.

Fait le 11 janvier 2022.

La directrice du Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante,
Pascale ROMENTEAU

Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

**Décision n° DS-2022-04 du 11 janvier 2022 portant délégation de signature
au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante**

NOR : SSAX2230013S

La directrice du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,

Vu le code des relations entre le public et l'administration, notamment son article L. 322-6 ;

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu les arrêtés en date du 11 mai 2018 et du 30 juin 2020 du ministre des solidarités et de la santé, et du ministre de l'action et des comptes publics, portant nomination de Mme Pascale ROMENTEAU comme directrice du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement ;

Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA,

Décide :

Article 1^{er}

Délégation est donnée à Mme Anne-Claire BERLEUR, en sa qualité de juriste du service contentieux subrogatoire du FIVA, pour engager les recours contentieux subrogatoires au nom du FIVA devant les juridictions de l'ordre judiciaire et administratif, pour intervenir dans les procédures de conciliation mises en œuvre par les caisses de sécurité sociale, et pour signer les conclusions et tout autre acte de procédure rendus nécessaires par le traitement de ces actions, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Article 2

Délégation est donnée pour signer les lettres et plus généralement tous les documents qui s'avèrent nécessaires à la préparation, l'instruction et l'exécution du contentieux subrogatoire, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Article 3

La présente décision prend effet le 1^{er} février 2022 et prendra fin le 31 mars 2022.

Article 4

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité ainsi que sur le site internet du FIVA.

Fait le 11 janvier 2022.

La directrice du Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante,
Pascale ROMENTEAU

Caisse nationale de l'assurance maladie

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

NOR : SSAX2130552X

Secrétariat général.

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.

SECRÉTARIAT GÉNÉRAL (SG)

Mme Aurélie LE SUEUR

Décision du 14 décembre 2021

La délégation de signature accordée à Mme Aurélie LE SUEUR par décision du 17 août 2020 est abrogée au 31 décembre 2021 au soir.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.
Signé : Thomas FATÔME, directeur général.

Mme Aurélie-Anne LE MOUËLLIC

Décision du 14 décembre 2021 - *effet au 1^{er} janvier 2022*

Délégation de signature est accordée à Mme Aurélie-Anne LE MOUËLLIC, secrétaire générale de la Caisse nationale de l'assurance maladie, pour signer :

- la correspondance générale du Secrétariat général,
- les circulaires, lettres réseau et enquêtes/questionnaires émanant du Secrétariat général,
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par le Secrétariat général,
- en ce qui concerne la gestion du personnel de la Caisse nationale :
 - les décisions de recrutement ou de nomination et les contrats qui en découlent à l'exception des cadres dirigeants,
 - les conventions de mise à disposition,
 - les rapports de stage et les décisions de titularisation,
 - les décisions relatives au parcours professionnel et à la gestion des carrières,
 - les notifications des arrêtés ministériels et des décisions du directeur concernant tous actes de gestion (recrutement, congés sans solde, etc.),
 - les notifications concernant les congés,
 - les lettres de transmission aux ministères de tutelle des documents relatifs à la gestion du personnel,
 - les ordres de stage en cas d'absence ou d'empêchement des responsables dont relèvent les agents.
- en ce qui concerne la signature des pièces comptables :
 - l'ensemble des inscriptions et mouvements de crédits budgétaires de tous les fonds de la Caisse nationale de l'assurance maladie,
 - les notifications d'enveloppes budgétaires aux sites informatiques déconcentrés ainsi qu'aux services du siège,

- dans le cadre du budget de l'établissement public de la Caisse nationale de l'assurance maladie et des autres fonds nationaux :
 - les bordereaux collectifs d'engagement et d'ordonnancement,
 - les bordereaux journaux.
- les ordres de dépenses, titres de recettes, ordres de reversements, engagements, dégagements et pièces justificatives correspondantes, ainsi que toutes pièces comptables imputables sur les budgets de l'établissement public de la Caisse nationale de l'assurance maladie, de l'UNCAM, sur les autres fonds nationaux, ainsi que sur le fonds des actions conventionnelles (FAC),
- les fiches d'allocations de devises et les états de frais de mission et de stage à l'étranger pour le personnel et les conseillers de la Caisse nationale de l'assurance maladie et de l'UNCAM,
- les états exécutoires visés par l'article 8 de la loi n° 53-1315 du 31 décembre 1953, l'article 2 du décret n° 53-1092 du 5 novembre 1953 et l'article 164 du décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962, concernant la gestion du patrimoine immobilier de la Caisse nationale de l'assurance maladie, sur proposition de M. l'agent comptable,
- les contrats de location dont le prix du loyer annuel principal est inférieur ou égal à 250 000 €,
- les ordres de missions permanents,
- les ordres de mission « hors métropole ».

En matière de commande publique et dans le cadre des opérations intéressant le Secrétariat général, délégation de signature est accordée à Mme Aurélie-Anne LE MOUËLLIC 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, à l'exception :

- des actes d'engagement des contrats dont le montant est supérieur à 10 millions € TTC ainsi que des actes attachés suivants :
 - actes de sous-traitance remis dès le stade des offres,
 - mises au point,
 - avenants.
- des conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat, supérieurs à 10 millions € TTC.
- des avenants entraînant un dépassement par le contrat du seuil de 10 millions € TTC.

En cas d'absence ou d'empêchement du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie, délégation générale de signature est accordée à Mme Aurélie-Anne LE MOUËLLIC.

La présente décision sera publiée, à compter du 1^{er} janvier 2022, au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Signé : Thomas FATÔME, directeur général.