



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

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



**MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DES FAMILLES**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

# *Bulletin officiel*

## Santé

## Protection sociale

## Solidarité

### N° 20

### 31 octobre 2023

**DIRECTEUR DE LA PUBLICATION** : FRANCIS LE GALLOU, DIRECTEUR DES FINANCES, DES ACHATS ET DES SERVICES

**RÉDACTEUR EN CHEF** : PATRICE LORIOT, ADJOINT AU CHEF DU SERVICE DES PATRIMOINES

**RÉALISATION** : SGMCAS - DFAS - BUREAU DE LA POLITIQUE DOCUMENTAIRE

14 AVENUE DUQUESNE - 75350 PARIS 07 SP - MÉL. : [DFAS-SGI-DOC-BO@SG.SOCIAL.GOUV.FR](mailto:DFAS-SGI-DOC-BO@SG.SOCIAL.GOUV.FR)

## Sommaire chronologique

20 septembre 2023

**INSTRUCTION INTERMINISTÉRIELLE N° DGOS/PHARE/DSS/1B/1C/2023/138 du 20 septembre 2023** relative au déploiement de la réforme des produits de contraste (*annule et remplace la publication au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2023/18 du 29 septembre 2023*).

28 septembre 2023

**Décision du 28 septembre 2023** portant approbation, par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de la convention relative à la mutualisation de la gestion des comptes des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés.

9 octobre 2023

**Arrêté du 9 octobre 2023** modifiant l'arrêté du 16 décembre 2022 portant composition nominative du comité consultatif national de la fonction publique hospitalière.

12 octobre 2023

**Arrêté du 12 octobre 2023** fixant la dotation annuelle de financement de l'Établissement public de santé territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon pour l'année 2023.

13 octobre 2023

**Arrêté du 13 octobre 2023** portant fixation du montant de valorisation d'activité et celui alloué relevant du périmètre du mécanisme de sécurisation pour 2023 au titre des soins à partir de la période janvier 2023 et le montant du versement à effectuer au titre du rattrapage sur l'exercice antérieur (activité 2022 transmise en LAMDA) dû au Service de santé des armées.

17 octobre 2023

**Convention de délégation de gestion du 17 octobre 2023** conclue dans le cadre de l'organisation des 30 ans du Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) et relative à la gestion de crédits hors titre 2 du programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins ».

19 octobre 2023

**CIRCULAIRE N° DGOS/R1/2023/149 du 19 octobre 2023** relative à la deuxième campagne tarifaire et budgétaire 2023 des établissements de santé.

**NOTE D'INFORMATION N° DGOS/PF4/2023/163 du 19 octobre 2023** relative à l'appel à projets de recherche Données de santé et Applications (DAAtAE) pour l'année 2023.

20 octobre 2023

**INSTRUCTION N° DGS/EA/2023/160 du 20 octobre 2023** relative à la gestion des risques sanitaires en cas de présence de pesticides et métabolites de pesticides dans les eaux destinées à la consommation humaine, à l'exclusion des eaux conditionnées.

23 octobre 2023

**INSTRUCTION INTERMINISTÉRIELLE N° DGCS/SD1B/SD5B/DGS/SP2/SP3/DSS/SD1A/2023/170 du 23 octobre 2023** relative à la campagne budgétaire, pour l'année 2023, des établissements et services médico-sociaux (ESMS) accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques : appartements de coordination thérapeutique (ACT), lits halte soins santé (LHSS), centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), lits d'accueil médicalisé (LAM), et « Un chez-soi d'abord ».

26 octobre 2023

**Arrêté du 26 octobre 2023** portant nomination à l'Union nationale des professionnels de santé.

27 octobre 2023

**INSTRUCTION INTERMINISTÉRIELLE N° DGCS/SD1B/2023/168 du 27 octobre 2023** relative à la mise en œuvre territoriale du Pacte national des solidarités à travers des pactes et des contrats locaux des solidarités conclus entre l'État et les métropoles pour les années 2024-2027.

**Rescrit tarifaire BOS-RES-10 du 27 octobre 2023** en réponse à la demande formulée par le Centre hospitalier de Hyères le 20 juin 2023 relative à la version par manœuvre externe.

Non daté

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

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

**Décision(s)** portant délégation de signature et délégation de pouvoir du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie.

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

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



**GOVERNEMENT**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**INSTRUCTION INTERMINISTÉRIELLE N° DGOS/PHARE/DSS/1B/1C/2023/138** du 20 septembre 2023  
relative au déploiement de la réforme des produits de contraste

Le ministre de la santé et de la prévention  
Le ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté  
industrielle et numérique, chargé des comptes publics

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux  
des agences régionales de santé (ARS)

<b>Référence</b>	NOR : SPRH2323254J (numéro interne : 2023/138)
<b>Date de signature</b>	20/09/2023
<b>Emetteurs</b>	Ministère de la santé et de la prévention Direction générale de l'offre de soins (DGOS) Ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique Direction de la sécurité sociale (DSS)
<b>Objet</b>	Déploiement de la réforme des produits de contraste
<b>Commande</b>	Transmission, pour application par les ARS, de l'instruction aux établissements sanitaires afin de les sensibiliser à la mise en œuvre sans délai de nouveaux marchés ou contrats lorsque cela est nécessaire et à l'anticipation d'éventuelles nouvelles organisations de leurs services de radiologie pour permettre l'entrée en vigueur de la mesure au 1 <sup>er</sup> mars 2024.
<b>Actions à réaliser</b>	Diffusion de l'instruction vers les établissements sanitaires afin de les sensibiliser à la mise en œuvre des nouveaux marchés lorsque cela est nécessaire et à l'anticipation d'éventuelles nouvelles organisations de leurs services de radiologie pour permettre l'entrée en vigueur de la mesure au 1 <sup>er</sup> mars 2024.
<b>Echéances</b>	Mise en œuvre par les établissements sanitaires (cf. ci-dessus) dès réception de l'instruction diffusée par les agences régionales de santé (ARS).
<b>Contacts utiles</b>	Sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins Programme PHARE Raphaël RUANO Sous-direction du financement du système de soins Bureau des relations avec les professions de santé (1B) Marie PRIEUR Bureau des produits de santé (1C) Sophie CASANOVA Mél : <a href="mailto:DSS-DGOS-PRODUITS-CO@sante.gouv.fr">DSS-DGOS-PRODUITS-CO@sante.gouv.fr</a>

<b>Nombre de pages et annexe</b>	4 pages + 1 annexe (6 pages) Annexe : Liste des produits de contraste
<b>Résumé</b>	Modification du circuit actuel d'approvisionnement et des modalités de financement : intégration des produits de contraste dans le périmètre des charges financées par les forfaits techniques en imagerie médicale.
<b>Mention Outre-mer</b>	Cette instruction s'adresse également à tous les Outre-mer.
<b>Mots-clés</b>	Produits de contraste, imagerie.
<b>Classement thématique</b>	Etablissements de santé - Gestion
<b>Texte de référence</b>	Article 49 de la Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 (LFSS)
<b>Circulaire / instruction abrogée</b>	Néant
<b>Circulaire / instruction modifiée</b>	Néant
<b>Rediffusion locale</b>	Etablissements de santé
<b>Validée par le CNP le 31 août 2023 - Visa CNP 2023-72</b>	
<b>Document opposable</b>	Non
<b>Déposée sur le site Légifrance</b>	Non
<b>Publiée au BO</b>	Oui
<b>Date d'application</b>	Dès réception de l'instruction

### **1/ - Rappel du circuit d'approvisionnement actuel des produits de contraste de radiologie**

Depuis de nombreuses années, les produits de contraste utilisés pour les scanners et les IRM étaient prescrits au patient, délivrés aux patients par les pharmacies d'officine et apportés au radiologue du cabinet d'imagerie de ville ou à l'établissement sanitaire (cas des patients traités en externe) pour permettre la réalisation de l'acte d'imagerie.

A contrario, les produits de contraste utilisés lors d'examens radiologiques pour les patients hospitalisés sont, eux, fournis par les établissements.

### **2/ - Les produits de contraste concernés**

Un travail d'identification mené par la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), la Direction générale de la santé (DGS) et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), en concertation avec les sociétés savantes à travers la Fédération des spécialités médicales (FSM) et les syndicats de radiologues, a permis de définir la liste des produits de contraste suivante :

<b>Produits de contraste IRM</b>	<b>Produits de contraste scanner</b>	
Acide gadotérique	lobitridol	Sulfate de barium
Acide gadobentétique	lomeprol	Acide diatrizoïque
Acide gadobenique	lohexol	loversol
Gadodiamide	lodixanol	lopamidol
Gadobutrol	Opentol	lopromide
Gadoteridol	Acide ioxitalamique	

### **3/ - La réforme du circuit d'approvisionnement des produits de contraste**

L'article 49 de la LFSS pour 2023 a modifié le circuit actuel d'approvisionnement et les modalités de financement des produits de contraste (produits de radiologie utilisés pour les scanners et IRM) en prévoyant que ces produits soient intégrés dans le périmètre des charges financées par les forfaits techniques en imagerie médicale et qu'un arrêté ministériel soit pris pour modifier les tarifs de ces forfaits techniques. L'entrée en vigueur initialement prévue au 1<sup>er</sup> juillet 2023 a été reportée au 1<sup>er</sup> mars 2024.

Ainsi, ces produits ne devront plus être prescrits aux patients pour une délivrance en officine en amont de leur examen, mais achetés par les cabinets de radiologie de ville et les établissements de santé auprès des fournisseurs et administrés aux patients au moment de leur examen.

### **4/ - Impacts opérationnels pour les établissements sanitaires**

Le transfert d'approvisionnement des produits de contraste des pharmacies d'officine vers les établissements sanitaires va très significativement accroître les volumes achetés pour la plupart de ces établissements.

Cette hausse des volumes d'achat dépasse, dans une majorité de cas, les possibilités juridiques d'établir des avenants aux marchés existants pour les pouvoirs adjudicateurs et implique dans ces cas de contracter de nouveaux marchés ou de recourir aux centrales d'achats nationales ou régionales. A ce titre, les centrales ont été sollicitées pour lancer des consultations spécifiques pour les produits de contraste concernés et accompagner le processus d'achat des établissements qui le souhaiteraient.

Cette démarche implique de coordonner les acteurs en particulier ceux du circuit d'approvisionnement afin de sécuriser et ajuster les stocks.

Les établissements privés, titulaires d'autorisation d'imagerie devront également veiller à sécuriser leurs approvisionnements conformément à leurs procédures d'achats habituelles.

### **5/ - Opportunité d'utilisation de conditionnements multipatients de produits de contraste**

L'utilisation de conditionnements adaptés à la dispensation à plusieurs patients (dits multipatients) qui existe déjà dans de nombreux pays européens est en cours d'expertise.

A ce titre, une démarche visant à obtenir l'autorisation de mise sur le marché français de produits de contraste dans ce type de conditionnements est en cours auprès de l'ANSM en lien avec les acteurs ministériels et industriels concernés.

Le recours à ces conditionnements dits multipatients même s'ils sont plus complexes à mettre en œuvre (équipements, consommables et procédures spécifiques) présente un intérêt notamment financier. L'utilisation de ces nouveaux produits nécessitera une formation et un accompagnement afin de favoriser l'appropriation par les acteurs et assurer une sécurité d'utilisation pour les patients.

Les nouveaux marchés et contrats devront intégrer la possibilité de prendre en compte ces produits.

### **6/ - Action attendue des ARS et contact**

Il vous est demandé de bien vouloir vous assurer que les établissements de santé de votre territoire sont bien sensibilisés à cette réforme du circuit d'approvisionnement et des modalités de financement des produits de contraste, qu'ils mettent en œuvre les adaptations éventuellement nécessaires de leurs marchés et les appels d'offre nécessaires dans ce cadre et qu'ils anticipent les modifications de l'organisation de leurs services qui seront rendues nécessaires pour l'application de ce nouveau circuit.

Vous pourrez indiquer aux établissements qu'en cas de besoin ils peuvent contacter les agents du ministère via la boîte fonctionnelle [DSS-DGOS-PRODUITS-CO@sante.gouv.fr](mailto:DSS-DGOS-PRODUITS-CO@sante.gouv.fr).

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

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

Marie DAUDÉ

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

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

Franck VON LENNEP

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

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

Pierre PRIBILE

## Annexe : Liste des produits de contraste

Laboratoire	Code EAN / CODE CIP	Présentation	Substance / Principe actif	CODE UCD13	observations laboratoires
GUERBET	3400935991386	ARTIREM INJ SRG20ML BT 1	acide gadotérique	3400892465821	
GUERBET	3400926907990	XENETIX 300 INJ FV20/20ML BT 1	iobitridol	3400890015165	
GUERBET	3400926908362	XENETIX 350 INJ FV20/20ML BT 1	iobitridol	3400890015172	
GUERBET	3400927371769	XENETIX 300 POC150ML T.MED BT 1	iobitridol	3400893968093	
GUERBET	3400927372421	XENETIX 350 POC150ML T.MED BT 1	iobitridol	3400893968215	
GUERBET	3400927960321	XENETIX 300 INJ P100ML T.FLO BT 1	iobitridol	3400894065258	
GUERBET	3400927960499	XENETIX 300 INJ P150ML T.FLO BT 1	iobitridol	3400894065319	
GUERBET	3400927966705	XENETIX 350 INJ P100ML T.FLO BT 1	iobitridol	3400894065487	
GUERBET	3400927966873	XENETIX 350 INJ P150ML T.FLO BT 1	iobitridol	3400894065548	
GUERBET	3400930107447	XENETIX 300 FV150ML M.STE BT 1	iobitridol	3400894329947	
GUERBET	3400930107485	XENETIX 350 FV150ML M.STE BT 1	iobitridol	3400894330318	
GUERBET	3400930164556	XENETIX 300 125/100ML M.ST BT 1	iobitridol	3400894482451	
GUERBET	3400930164594	XENETIX 350 125/100ML M.ST BT 1	iobitridol	3400894482512	
GUERBET	3400933770532	XENETIX 300 INJ FV200ML BT 1	iobitridol	3400891681840	
GUERBET	3400933770990	XENETIX 300 INJ FV60ML + NEC BT 1	iobitridol	3400891687064	
GUERBET	3400933771072	XENETIX 350 INJ FV30/20ML BT 1	iobitridol	3400891681901	
GUERBET	3400933771133	XENETIX 350 INJ FV50ML BT 1	iobitridol	3400891682090	
GUERBET	3400933771362	XENETIX 350 INJ FV125/100ML BT 1	iobitridol	3400891682212	
GUERBET	3400933771423	XENETIX 350 INJ FV150ML BT 1	iobitridol	3400891687125	
GUERBET	3400933771591	XENETIX 350 INJ FV200ML BT 1	iobitridol	3400891682380	
GUERBET	3400933771881	XENETIX 350 INJ FV60ML + NEC BT 1	iobitridol	3400891687415	
GUERBET	3400933776275	XENETIX 250 INJ FV125/100ML BT 1	iobitridol	3400891681260	
GUERBET	3400933776794	XENETIX 300 INJ FV30/20ML BT 1	iobitridol	3400891681499	
GUERBET	3400933776855	XENETIX 300 INJ FV50ML BT 1	iobitridol	3400891681550	
GUERBET	3400933777166	XENETIX 300 INJ FV125/100ML BT 1	iobitridol	3400891681789	
GUERBET	3400933777227	XENETIX 300 INJ FV150ML BT 1	iobitridol	3400891686753	
GUERBET	3400936914476	XENETIX 300 INJ POC100ML BT 1	iobitridol	3400892998978	
GUERBET	3400936914766	XENETIX 300 INJ POC150ML BT 1	iobitridol	3400892999050	
GUERBET	3400936915428	XENETIX 350 INJ POC100ML BT 1	iobitridol	3400892999111	
GUERBET	3400936915657	XENETIX 350 INJ POC150ML BT 1	iobitridol	3400892999289	
GUERBET	3400930123423	ACID.GADOTERIQ.GBT INJ FV5ML 1	acide gadotérique sel de méglumine	3400890003414	
GUERBET	3400930123430	ACID.GADOTERIQ.GBT INJ FV10ML 1	acide gadotérique sel de méglumine	3400890003384	
GUERBET	3400930123447	ACID.GADOTERIQ.GUERBET 0,5MMOL/ML INJ F15ML BT 1	acide gadotérique sel de méglumine	3400890003391	
GUERBET	3400930123454	ACID.GADOTERIQ.GUERBET 0,5MMOL/ML INJ F20ML BT 1	acide gadotérique sel de méglumine	3400890003407	
GUERBET	3400930222461	ACID.GADOTERIQ.GUERBET 0,5MMOL/ML INJ S20ML BT 1	acide gadotérique sel de méglumine	3400890014656	
GUERBET	3400930222447	ACID.GADOTERIQ.GBT INJ S.P10ML	acide gadotérique sel de méglumine	3400890014632	
GUERBET	3400930222454	ACID.GADOTERIQ.GBT INJ S.P15ML	acide gadotérique sel de méglumine	3400890014649	
GUERBET	3400927946943	DOTAREM 0,5MMOL/ML SRG15ML+N BT 1	acide gadotérique	3400894060116	
GUERBET	3400927947025	DOTAREM 0,5MMOL/ML SRG20ML+N BT 1	acide gadotérique	3400894060284	
GUERBET	3400930004500	DOTAREM 0,5MMOL/ML S15ML+OPT BT 1	acide gadotérique	3400894098317	
GUERBET	3400930004517	DOTAREM 0,5MMOL/ML S20ML+OPT BT 1	acide gadotérique	3400894098485	
GUERBET	3400930075104	DOTAREM 0,5MMOL/ML SRG15ML+M BT 1	acide gadotérique	3400894328018	
GUERBET	3400930075128	DOTAREM 0,5MMOL/ML SRG20ML+M BT 1	acide gadotérique	3400894328186	
GUERBET	3400930199152	DOTAREM 0,05MMOL/ML SP15ML BT 1	acide gadotérique	3400890007467	
GUERBET	3400930199176	DOTAREM 0,05MMOL/ML SP20ML BT 1	acide gadotérique	3400890007474	
GUERBET	3400930206164	DOTAREM 0,5MMOL/ML SP15ML+N BT 1	acide gadotérique	3400890004701	
GUERBET	3400930206171	DOTAREM 0,5MMOL/ML SP20ML+NE BT 1	acide gadotérique	3400890004718	
GUERBET	3400930206188	DOTAREM 0,5MMOL/ML SP15ML+OP BT 1	acide gadotérique	3400890004688	
GUERBET	3400930206195	DOTAREM 0,5MMOL/ML SP20ML+OP BT 1	acide gadotérique	3400890004695	
GUERBET	3400930219973	DOTAREM 0,5MMOL/ML SP15ML+M BT 1	acide gadotérique	3400890015417	

GUERBET	3400930219980	DOTAREM 0,5MMOL/ML SP20ML+M BT 1	acide gadotérique	3400890015424
GUERBET	3400933171346	DOTAREM 0,5MMOL/ML INJ F10ML BT 1	acide gadotérique	3400891370546
GUERBET	3400933171407	DOTAREM 0,5MMOL/ML INJ F15ML BT 1	acide gadotérique	3400891407839
GUERBET	3400933171575	DOTAREM 0,5MMOL/ML INJ F20ML BT 1	acide gadotérique	3400891370027
GUERBET	3400933840303	DOTAREM 0,5MMOL/ML INJ SV15ML BT1	acide gadotérique	3400891771541
GUERBET	3400933840471	DOTAREM 0,5MMOL/ML INJ SV20ML BT1	acide gadotérique	3400891771602
GUERBET	3400935895424	DOTAREM 0,5MMOL/ML INJ FV5ML BT 1	acide gadotérique	3400892405797
GUERBET	3400932304332	HEXABRIX 320 INJ FV50ML+NEC BT 1	loxaglate de méglumine/ loxaglate de sodium	3400890432870
GUERBET	3400932304790	HEXABRIX 320 FV125/100ML BT 1	loxaglate de méglumine/ loxaglate de sodium	3400891125689
GUERBET	3400932391387	HEXABRIX 320 FV30ML/20ML BT 1	loxaglate de méglumine/ loxaglate de sodium	3400891125740
GUERBET	3400932747788	HEXABRIX 200 INJ FV50ML BT 1	loxaglate de méglumine/ loxaglate de sodium	3400891091410
GUERBET	3400936075306	HEXABRIX 320 INJ FV10ML BT 1	loxaglate de méglumine/ loxaglate de sodium	3400892476766
GUERBET	3400930621608	LIPIODOL ULTRA FLUIDE INJ AMP10ML BT 1	oeillette huile : esters éthyliques d'acides gras iodés	3400890544054
GUERBET	3400930674994	MICROPAQUE ORAL FL150ML BT 1	baryum sulfate	3400890587976
GUERBET	3400930675076	MICROPAQUE RECT FL500ML BT 1	baryum sulfate	3400891118766
GUERBET	3400932644841	MICROPAQUE COLON RECT PDR POC400G BT 1	baryum sulfate	3400891118827
GUERBET	3400932717972	MICROPAQUE COLON RECT PDR POT400G BT 1	baryum sulfate	3400890588058
GUERBET	3400933053901	MICROPAQUE SCANNER BUV FP500ML BT 1	baryum sulfate	3400891269499
GUERBET	3400931436454	MICROTRAST PATE ORAL TB150G BT 1	baryum sulfate	3400891118995
GUERBET	3400930187845	OPTIJECT 300MG INJ SP100ML+N BT 1	ioversol	3400890002981
GUERBET	3400930187869	OPTIJECT 300MG INJ SP125ML+N BT 1	ioversol	3400890002998
GUERBET	3400930187876	OPTIJECT 350MG INJ SP100ML+N BT 1	ioversol	3400890003001
GUERBET	3400930187883	OPTIJECT 350MG INJ SP125ML+N BT 1	ioversol	3400890003018
GUERBET	3400933276294	OPTIRAY 300 INJ FV100ML BT 1	ioversol	3400891474206
GUERBET	3400933276355	OPTIRAY 300 INJ FV200ML BT 1	ioversol	3400891474435
GUERBET	3400933276645	OPTIRAY 350 INJ FV50ML BT 1	ioversol	3400891475326
GUERBET	3400933276874	OPTIRAY 350 INJ FV100ML BT 1	ioversol	3400891474954
GUERBET	3400933276935	OPTIRAY 350 INJ FV200ML BT 1	ioversol	3400891475265
GUERBET	3400933277017	OPTIRAY 350 INJ FV50ML+NEC BT 1	ioversol	3400891540581
GUERBET	3400934078835	OPTIJECT 240MG INJ SRG50ML BT 1	ioversol	3400891908701
GUERBET	3400934079146	OPTIJECT 240MG INJ S.P125ML BT 1	ioversol	3400891908879
GUERBET	3400934083228	OPTIJECT 300MG INJ SRG50ML BT 1	ioversol	3400891909012
GUERBET	3400934083686	OPTIJECT 300MG INJ S.P100ML BT 1	ioversol	3400891909180
GUERBET	3400934083808	OPTIJECT 300MG INJ S.P125ML BT 1	ioversol	3400891909241
GUERBET	3400934086298	OPTIJECT 350MG INJ SRG50ML BT 1	ioversol	3400891910070
GUERBET	3400934086649	OPTIJECT 350MG INJ S.P100ML BT 1	ioversol	3400891910131
GUERBET	3400934086878	OPTIJECT 350MG INJ S.P125ML BT 1	ioversol	3400891910360
GUERBET	3400931355458	TELEBRIX 30 MEGLUMINE 300 INJ FV30ML BT 1	loxitalamate de méglumine	3400891156737
GUERBET	3400931355519	TELEBRIX 30 MEGLUMINE 300 INJ FV125/100ML BT 1	loxitalamate de méglumine	3400890907897
GUERBET	3400931716013	TELEBRIX 12 SODIUM 120 FV250ML BT 1	acide ioxitalamique sel de Na	3400890907729
GUERBET	3400932807734	TELEBRIX 35 350 INJ FV125/100ML BT 1	loxitalamate de méglumine et ioxitalamate NA	3400891695229
GUERBET	3400933860981	TELEBRIX 35 350 INJ FV50ML + NEC BT 1	loxitalamate de méglumine et ioxitalamate NA	3400891717433
GUERBET	3400932748099	TELEBRIX GASTRO 300 FV50ML BT 1	acide ioxitalamique sel de méglumine	3400891133905
GUERBET	3400932748150	TELEBRIX GASTRO 300 FV100ML BT 1	acide ioxitalamique sel de méglumine	3400891133844
GUERBET	3400932010707	TELEBRIX HYSTERO 250 FV20ML BT 1	loxitalamate de méglumine	3400890907668
GE HEALTHCARE	3400930091845	CLARISCAN 0,5MMOL/ML SRG15ML BT 1	acide gadotérique sel de méglumine	3400894264040
GE HEALTHCARE	3400930091869	CLARISCAN 0,5MMOL/ML SRG20ML BT 1	acide gadotérique sel de méglumine	3400894264101
GE HEALTHCARE	3400930091906	CLARISCAN 0,5MMOL/ML FL10ML BT 1	acide gadotérique sel de méglumine	3400894263449
GE HEALTHCARE	3400930091920	CLARISCAN 0,5MMOL/ML FL15ML BT 1	acide gadotérique sel de méglumine	3400894263500
GE HEALTHCARE	3400930091944	CLARISCAN 0,5MMOL/ML FL20ML BT 1	acide gadotérique sel de méglumine	3400894263678
GE HEALTHCARE	3400926675530	OMNIPAQUE 300MG FP100ML NEM BT 1	iohexol	3400893871829

GE HEALTHCARE	3400926675769	OMNIPAQUE 300MG FP100ML MED BT 1	iohexol	3400893871539	
GE HEALTHCARE	3400926675820	OMNIPAQUE 300MG FP150ML NEM BT 1	iohexol	3400893871997	
GE HEALTHCARE	3400926675998	OMNIPAQUE 300MG FP150ML MED BT 1	iohexol	3400893871768	
GE HEALTHCARE	3400926676599	OMNIPAQUE 350MG FP100ML NEM BT 1	iohexol	3400893872369	
GE HEALTHCARE	3400926676650	OMNIPAQUE 350MG FP100ML MED BT 1	iohexol	3400893872079	
GE HEALTHCARE	3400926676711	OMNIPAQUE 350MG FP150ML NEM BT 1	iohexol	3400893872420	
GE HEALTHCARE	3400926676889	OMNIPAQUE 350MG FP150ML MED BT 1	iohexol	3400893872130	
GE HEALTHCARE	3400930090961	OMNIPAQUE 350MG FP150ML ULR BT 1	iohexol	3400894267522	
GE HEALTHCARE	3400930090978	OMNIPAQUE 350MG FP100ML ULR BT 1	iohexol	3400894267461	
GE HEALTHCARE	3400930187722	OMNIPAQUE 300MG INJ FP100ML ULR BT1	iohexol	3400894514770	
GE HEALTHCARE	3400930187739	OMNIPAQUE 300MG INJ FP150ML ULR BT1	iohexol	3400894514831	
GE HEALTHCARE	3400932681051	OMNIPAQUE 180MG INJ FV10ML BT 1	iohexol	3400891058062	
GE HEALTHCARE	3400932681570	OMNIPAQUE 300MG INJ FV10ML BT 1	iohexol	3400891058291	
GE HEALTHCARE	3400932681921	OMNIPAQUE 350MG IV FV20ML BT 1	iohexol	3400891058352	
GE HEALTHCARE	3400933349776	OMNIPAQUE 350MG IV FP50ML+NEC BT 1	iohexol	3400891500202	
GE HEALTHCARE	3400933349837	OMNIPAQUE 300MG INJ FP50ML+NEC BT 1	iohexol	3400891500141	
GE HEALTHCARE	3400934600500	OMNIPAQUE 240MG INJ FP50ML BT 1	iohexol	3400892224176	
GE HEALTHCARE	3400934600739	OMNIPAQUE 300MG INJ FP50ML BT 1	iohexol	3400892224695	
GE HEALTHCARE	3400934601101	OMNIPAQUE 350MG IV FP50ML BT 1	iohexol	3400892225067	
GE HEALTHCARE	3400935313768	OMNIPAQUE 240MG INJ FP100ML BT 1	iohexol	3400892223865	
GE HEALTHCARE	3400935318091	OMNIPAQUE 350MG IV FP100ML BT 1	iohexol	3400892224756	
GE HEALTHCARE	3400935318152	OMNIPAQUE 350MG IV FP150ML BT 1	iohexol	3400892295435	
GE HEALTHCARE	3400935318381	OMNIPAQUE 350MG IV FP200ML BT 1	iohexol	3400892224985	
GE HEALTHCARE	3400935318503	OMNIPAQUE 300MG INJ FP100ML BT 1	iohexol	3400892224466	
GE HEALTHCARE	3400935318671	OMNIPAQUE 300MG INJ FP150ML BT 1	iohexol	3400892295145	
GE HEALTHCARE	3400935318961	OMNIPAQUE 300MG INJ FP200ML BT 1	iohexol	3400892224527	
GE HEALTHCARE	3400927694141	OMNISCAN 0,5MMOL PCO15ML +N BT 1	GADODIAMIDE	3400893982280	
GE HEALTHCARE	3400927694202	OMNISCAN 0,5MMOL PCO20ML +N BT 1	GADODIAMIDE	3400893982341	supprimé
GE HEALTHCARE	3400933730321	OMNISCAN 0,5MMOL INJ FV10ML BT 1	GADODIAMIDE	3400891684513	supprimé
GE HEALTHCARE	3400933730499	OMNISCAN 0,5MMOL INJ FV15ML BT 1	GADODIAMIDE	3400891684681	supprimé
GE HEALTHCARE	3400933730550	OMNISCAN 0,5MMOL INJ FV20ML BT 1	GADODIAMIDE	3400891684742	supprimé
GE HEALTHCARE	3400935209870	OMNISCAN 0,5MMOL INJ SRG15ML BT 1	GADODIAMIDE	3400892172507	supprimé
GE HEALTHCARE	3400938740530	OMNISCAN 0,5MMOL INJ PCO10ML BT 1	GADODIAMIDE	3400893546857	supprimé
GE HEALTHCARE	3400938740820	OMNISCAN 0,5MMOL INJ PCO15ML BT 1	GADODIAMIDE	3400893546918	supprimé
GE HEALTHCARE	3400938741070	OMNISCAN 0,5MMOL INJ PCO20ML BT 1	GADODIAMIDE	3400893547168	
GE HEALTHCARE	3400926677312	VISIPAQUE 270MG FP100ML NEM BT 1	iodixanol	3400893872710	
GE HEALTHCARE	3400926677480	VISIPAQUE 270MG FP100ML MED BT 1	iodixanol	3400893872598	
GE HEALTHCARE	3400926677541	VISIPAQUE 270MG FP150ML NEM BT 1	iodixanol	3400893872888	
GE HEALTHCARE	3400926677602	VISIPAQUE 270MG FP150ML MED BT 1	iodixanol	3400893872659	
GE HEALTHCARE	3400926677770	VISIPAQUE 320MG FP100ML NEM BT 1	iodixanol	3400893873199	
GE HEALTHCARE	3400926677831	VISIPAQUE 320MG FP100ML MED BT 1	iodixanol	3400893872949	
GE HEALTHCARE	3400926678081	VISIPAQUE 320MG FP150ML NEM BT 1	iodixanol	3400893873250	
GE HEALTHCARE	3400926678142	VISIPAQUE 320MG FP150ML MED BT 1	iodixanol	3400893873021	
GE HEALTHCARE	3400930122297	VISIPAQUE 320MG FP150ML ULR BT 1	iodixanol	3400894331209	
GE HEALTHCARE	3400930187746	VISIPAQUE 320MG FP100ML ULR BT 1	iodixanol	3400894515081	
GE HEALTHCARE	3400933846336	VISIPAQUE 270MG INJ FV20ML BT 1	iodixanol	3400891792881	
GE HEALTHCARE	3400933846855	VISIPAQUE 320MG INJ FV20ML BT 1	iodixanol	3400891793253	
GE HEALTHCARE	3400935200884	VISIPAQUE 320MG INJ FP50ML BT 1	iodixanol	3400892420875	
GE HEALTHCARE	3400935201256	VISIPAQUE 320MG INJ FP100ML BT 1	iodixanol	3400892420585	
GE HEALTHCARE	3400935201317	VISIPAQUE 320MG INJ FP100ML BT 10	iodixanol	3400892420585	
GE HEALTHCARE	3400935201485	VISIPAQUE 320MG INJ FP150ML BT 1	iodixanol	3400892933054	

GE HEALTHCARE	3400935201836	VISIPAQUE 320MG INJ FP200ML BT 1	iodixanol	3400892420707	
GE HEALTHCARE	3400935202895	VISIPAQUE 270MG INJ FP50ML BT 1	iodixanol	3400892420417	
GE HEALTHCARE	3400935203328	VISIPAQUE 270MG INJ FP100ML BT 1	iodixanol	3400892420127	
GE HEALTHCARE	3400935203557	VISIPAQUE 270MG INJ FP150ML BT 1	iodixanol	3400892932972	
GE HEALTHCARE	3400935203908	VISIPAQUE 270MG INJ FP200ML BT 1	iodixanol	3400892420356	
GE Healthcare SAS	3400933342791	IVEPAQUE 150 MG I/ML (IOPENTOL) 1 BOITE DE 1, 100		3400891665703	supprimé
GE Healthcare SAS	3400933342913	IVEPAQUE 200 MG I/ML (IOPENTOL) 1 BOITE DE 1, 50 M		3400891665871	supprimé
GE Healthcare SAS	3400933343163	IVEPAQUE 250 MG I/ML (IOPENTOL) 1 BOITE DE 1, 20 M		3400891667424	supprimé
GE Healthcare SAS	3400933343224	IVEPAQUE 250 MG I/ML (IOPENTOL) 1 BOITE DE 1, 50 M		3400891667592	supprimé
GE Healthcare SAS	3400933343514	IVEPAQUE 300 MG I/ML (IOPENTOL) 1 BOITE DE 1, 100		3400891665932	supprimé
GE Healthcare SAS	3400933343392	IVEPAQUE 300 MG I/ML (IOPENTOL) 1 BOITE DE 1, 20 M		3400891667714	supprimé
GE Healthcare SAS	3400933577605	IVEPAQUE 300 MG I/ML (IOPENTOL) 1 FLACON (POLYPROP		3400891666014	supprimé
GE Healthcare SAS	3400933343743	IVEPAQUE 350 MG I/ML (IOPENTOL) 1 BOITE DE 1, 100		3400891666182	supprimé
GE Healthcare SAS	3400933577773	IVEPAQUE 350 MG I/ML (IOPENTOL) 1 FLACON (POLYPROP		3400891667943	supprimé
GE Healthcare SAS	3400935313829	OMNIPAQUE 240MG INJ FP200ML BT 1		3400892224008	non commercialisé
GE Healthcare SAS	3400930272848	PIXCYCLIC 1mmol/mL FL2ML BT 1		NA	En lancement
GE Healthcare SAS	3400930272855	PIXCYCLIC 1mmol/mL FL7,5ML BT 1		3400890032339	En lancement
GE Healthcare SAS	3400930272862	PIXCYCLIC 1mmol/mL FL15ML BT 1		3400890032322	En lancement
GE Healthcare SAS	3400930272886	PIXCYCLIC 1mmol/mL FL30ML BT 1		3400890032315	En lancement
GE Healthcare SAS	3400930272893	PIXCYCLIC 1mmol/mL FL65ML BT 1		NA	En lancement
GE Healthcare SAS	3400930272909	PIXCYCLIC 1mmol/mL SRG5ML BT 1		NA	En lancement
GE Healthcare SAS	3400930272916	PIXCYCLIC 1mmol/mL SRG7,5ML BT 1		NA	En lancement
GE Healthcare SAS	3400930272923	PIXCYCLIC 1mmol/mL SRG10ML BT 1		NA	En lancement
GE Healthcare SAS	3400930272947	PIXCYCLIC 1mmol/mL SRG15ML BT 1		NA	En lancement
GE Healthcare SAS	3400930273548	PIXCYCLIC 1mmol/mL SRG20ML BT 1		NA	En lancement
BRACCO IMAGING	3400926993986	IOMERON 400MG 100ML TR.EMPOW BT 1	ioméprol	3400893967324	
BRACCO IMAGING	3400926994068	IOMERON 400MG 150ML TR.EMPOW BT 1	ioméprol	3400893967492	
BRACCO IMAGING	3400926994129	IOMERON 400MG 100ML TR.CT-EX BT 1	ioméprol	3400893967553	
BRACCO IMAGING	3400926994297	IOMERON 400MG 150ML TR.CT-EX BT 1	ioméprol	3400893967614	
BRACCO IMAGING	3400926994709	IOMERON 350MG 100ML TR.EMPOW BT 1	ioméprol	3400893966891	
BRACCO IMAGING	3400926994877	IOMERON 350MG 150ML TR.EMPOW BT 1	ioméprol	3400893966952	
BRACCO IMAGING	3400926994938	IOMERON 350MG 100ML TR.CT-EX BT 1	ioméprol	3400893967034	
BRACCO IMAGING	3400926995010	IOMERON 350MG 150ML TR.CT-EX BT 1	ioméprol	3400893967263	
BRACCO IMAGING	3400927706820	IOMERON 350MG 100ML TR.NEMOT BT 1	ioméprol	3400894029410	
BRACCO IMAGING	3400927706998	IOMERON 350MG 150ML TR.NEMOT BT 1	ioméprol	3400894029588	
BRACCO IMAGING	3400927707131	IOMERON 400MG 100ML TR.NEMOT BT 1	ioméprol	3400894029649	
BRACCO IMAGING	3400927707360	IOMERON 400MG 150ML TR.NEMOT BT 1	ioméprol	3400894029700	
BRACCO IMAGING	3400930148730	IOPAMIRON 370MG INJ F100ML+CTE BT 1	iopamidol	3400894444312	
BRACCO IMAGING	3400932458776	IOPAMIRON 200 INJ FL10ML BT 1	iopamidol	3400891110081	
BRACCO IMAGING	3400932458837	IOPAMIRON 300MG INJ FL10ML BT 1	iopamidol	3400891110142	
BRACCO IMAGING	3400932459087	IOPAMIRON 300MG INJ FL50ML BT 1	iopamidol	3400891110371	
BRACCO IMAGING	3400932459148	IOPAMIRON 300MG INJ FL100ML BT 1	iopamidol	3400890472562	
BRACCO IMAGING	3400932459209	IOPAMIRON 300MG INJ FL200ML BT 1	iopamidol	3400891110203	
BRACCO IMAGING	3400932459377	IOPAMIRON 370MG INJ FL20ML BT 1	iopamidol	3400890472623	
BRACCO IMAGING	3400932459438	IOPAMIRON 370MG INJ FL50ML BT 1	iopamidol	3400891110722	
BRACCO IMAGING	3400932459667	IOPAMIRON 370MG INJ FL100ML BT 1	iopamidol	3400891110432	
BRACCO IMAGING	3400932459728	IOPAMIRON 370MG INJ FL200ML BT 1	iopamidol	3400891110661	
BRACCO IMAGING	3400932555222	IOPAMIRON 200 INJ FL15ML BT 1	iopamidol	3400890472333	
BRACCO IMAGING	3400933352967	IOPAMIRON 370MG INJ FL50ML+NEC BT 1	iopamidol	3400891497908	
BRACCO IMAGING	3400933353049	IOPAMIRON 300MG INJ FL50ML+NEC BT 1	iopamidol	3400891497847	

BRACCO IMAGING	3400933791124	IOMERON 150MG INJ FV50ML BT 1		ioméprol	3400891718324	
BRACCO IMAGING	3400933791643	IOMERON 150MG INJ FV250ML BT 1		ioméprol	3400893742808	
BRACCO IMAGING	3400933791933	IOMERON 200MG INJ FV100ML BT 1		ioméprol	3400891718492	
BRACCO IMAGING	3400933792473	IOMERON 250MG INJ FV50ML BT 1		ioméprol	3400891718904	
BRACCO IMAGING	3400933792763	IOMERON 250MG INJ FV100ML BT 1		ioméprol	3400891718782	
BRACCO IMAGING	3400933792992	IOMERON 250MG INJ FV200ML BT 1		ioméprol	3400891718843	
BRACCO IMAGING	3400933793593	IOMERON 300MG INJ FV50ML BT 1		ioméprol	3400891719383	
BRACCO IMAGING	3400933793654	IOMERON 300MG INJ FV75ML BT 1		ioméprol	#N/A	
BRACCO IMAGING	3400933793715	IOMERON 300MG INJ FV100ML BT 1		ioméprol	3400891719154	
BRACCO IMAGING	3400933793944	IOMERON 300MG INJ FV200ML BT 1		ioméprol	3400891719215	
BRACCO IMAGING	3400933794316	IOMERON 350MG INJ FV50ML BT 1		ioméprol	3400891719963	
BRACCO IMAGING	3400933794484	IOMERON 350MG INJ FV75ML BT 1		ioméprol	3400893535912	
BRACCO IMAGING	3400933794545	IOMERON 350MG INJ FV100ML BT 1		ioméprol	3400891719505	
BRACCO IMAGING	3400933794606	IOMERON 350MG INJ FL150ML BT 1		ioméprol	3400891719673	
BRACCO IMAGING	3400933794774	IOMERON 350MG INJ FV200ML BT 1		ioméprol	3400891719734	
BRACCO IMAGING	3400933795146	IOMERON 400MG INJ FV50ML BT 1		ioméprol	3400891720334	
BRACCO IMAGING	3400933795207	IOMERON 400MG INJ FV75ML BT 1		ioméprol	3400893536162	
BRACCO IMAGING	3400933795375	IOMERON 400MG INJ FL100ML BT 1		ioméprol	3400891720044	
BRACCO IMAGING	3400933795436	IOMERON 400MG INJ FV150ML BT 1		ioméprol	3400891720105	
BRACCO IMAGING	3400933795665	IOMERON 400MG INJ FL200ML BT 1		ioméprol	3400891720273	
BRACCO IMAGING	3400933983512	IOPAMIRON 300MG INJ FL100ML+N. BT 1		iopamidol	3400891900316	
BRACCO IMAGING	3400933983680	IOPAMIRON 370MG INJ F100ML+MED BT 1		iopamidol	3400891900484	
BRACCO IMAGING	3400933991036	IOMERON 400MG INJ FV50ML+NEC BT 1		ioméprol	3400891875089	
BRACCO IMAGING	3400933991265	IOMERON 350MG INJ FV50ML+NEC BT 1		ioméprol	3400891874839	
BRACCO IMAGING	3400933991326	IOMERON 300MG INJ FV50ML+NEC BT 1		ioméprol	3400891874778	
BRACCO IMAGING	3400935469236	IOMERON 300MG INJ FV20ML BT 1		ioméprol	3400892286389	
BRACCO IMAGING	3400935469465	IOMERON 300MG 150ML TR.AN BT 1		ioméprol	3400892312217	
BRACCO IMAGING	3400935469526	IOMERON 350MG INJ FV20ML BT 1		ioméprol	3400892275154	
BRACCO IMAGING	3400935469694	IOMERON 350MG 150ML TR.AN BT 1		ioméprol	3400892312446	
BRACCO IMAGING	3400935511089	IOMERON 250MG 150ML TR.ME BT 1		ioméprol	3400892312156	
BRACCO IMAGING	3400935511140	IOMERON 300MG 150ML TR.ME BT 1		ioméprol	3400892312385	
BRACCO IMAGING	3400935511201	IOMERON 350MG 150ML TR.ME BT 1		ioméprol	3400892312507	
BRACCO IMAGING	3400936161733	IOMERON 400MG 150ML TR.AN BT 1		ioméprol	3400892571959	
BRACCO IMAGING	3400936161962	IOMERON 400MG 150ML TR.ME BT 1		ioméprol	3400892572031	
BRACCO IMAGING	3400936198005	IOMERON 400MG 100ML TR.AN BT 1		ioméprol	3400893691847	
BRACCO IMAGING	3400936198173	IOMERON 400MG 100ML TR.ME BT 1		ioméprol	3400893691908	
BRACCO IMAGING	3400930011867	PROHANCE 0,5MMOL/ML S.17ML+NM BT 1		gadotéridol	3400894111535	
BRACCO IMAGING	3400930011881	PROHANCE 0,5MMOL/ML S.17ML+SP BT 1		gadotéridol	3400894111474	
BRACCO IMAGING	3400930031315	MULTIHANCE 0,5MMOL S.20ML+NEC1 BT 1		acide gadobénique, sel de diméglumine	3400894248880	
BRACCO IMAGING	3400930031339	MULTIHANCE 0,5MMOL S.20ML+NEC2 BT 1		acide gadobénique, sel de diméglumine	3400894248651	
BRACCO IMAGING	3400933785031	PROHANCE 0,5MMOL/ML FL5ML BT 1		acide gadobénique, sel de diméglumine	3400891906400	
BRACCO IMAGING	3400933785260	PROHANCE 0,5MMOL/ML FL10ML BT 1		gadotéridol	3400891906578	
BRACCO IMAGING	3400933785321	PROHANCE 0,5MMOL/ML FL15ML BT 1		gadotéridol	3400891906639	
BRACCO IMAGING	3400933785499	PROHANCE 0,5MMOL/ML FL20ML BT 1		gadotéridol	3400891906868	
BRACCO IMAGING	3400934741128	MULTIHANCE 0,5MMOL INJ FV5ML BT 1		acide gadobénique, sel de diméglumine	3400892087078	
BRACCO IMAGING	3400934741296	MULTIHANCE 0,5MMOL INJ FV10ML BT 1		acide gadobénique, sel de diméglumine	3400892086828	
BRACCO IMAGING	3400934741357	MULTIHANCE 0,5MMOL INJ FV15ML BT 1		acide gadobénique, sel de diméglumine	3400892086996	
BRACCO IMAGING	3400934741418	MULTIHANCE 0,5MMOL INJ FV20ML BT 1		acide gadobénique, sel de diméglumine	3400892343143	
BRACCO IMAGING	3400935082718	PROHANCE 0,5MMOL/ML SRG10ML BT 1		gadotéridol	3400892167015	
BRACCO IMAGING	3400935082886	PROHANCE 0,5MMOL/ML SRG15ML BT 1		gadotéridol	3400892167183	
BRACCO IMAGING	3400935082947	PROHANCE 0,5MMOL/ML SRG17ML BT 1		gadotéridol	3400892167244	

BRACCO IMAGING	3400938879667	MULTIHANCE 0,5MMOL INJ S.10ML BT 1	acide gadobénique, sel de diméglumine	3400893225219
BRACCO IMAGING	3400938879728	MULTIHANCE 0,5MMOL INJ S.15ML BT 1	acide gadobénique, sel de diméglumine	3400893225387
BRACCO IMAGING	3400938879896	MULTIHANCE 0,5MMOL INJ S.20ML BT 1	acide gadobénique, sel de diméglumine	3400893225448
BRACCO IMAGING	3400935756466	SONOVUE 8MCL/ML INJ FL+SRG BT 1	soufre hexafluorure	3400892430003
BAYER HEALTHCAR	3400927908163	GADOVIST 1MMOL/ML INJ FV2ML BT 1	gadobutrol	3400894121701
BAYER HEALTHCAR	3400930176573	GADOVISTAUTO 1MMOL/ML SV7,5ML SPE BT 1	gadobutrol	3400894530459
BAYER HEALTHCAR	3400930176580	GADOVISTAUTO 1MMOL/ML S.V10ML SPE BT 1	gadobutrol	3400894530220
BAYER HEALTHCAR	3400930176597	GADOVISTAUTO 1MMOL/ML S.V15ML SPE BT 1	gadobutrol	3400894530398
BAYER HEALTHCAR	3400930181737	GADOVISTMANUEL 1MMOL/ML INJ SV7,5ML BT 1	gadobutrol	3400894544296
BAYER HEALTHCAR	3400930181744	GADOVISTMANUEL 1MMOL/ML INJ SV10ML BT 1	gadobutrol	3400894544067
BAYER HEALTHCAR	3400930181751	GADOVISTMANUEL 1MMOL/ML INJ SV15ML BT 1	gadobutrol	3400894544128
BAYER HEALTHCAR	3400930199374	GADOVISTAUTO 1MMOL/ML SV7,5ML MRX BT 1	gadobutrol	3400890003124
BAYER HEALTHCAR	3400930199381	GADOVISTAUTO 1MMOL/ML S.V10ML MRX BT 1	gadobutrol	3400890003100
BAYER HEALTHCAR	3400930199404	GADOVISTAUTO 1MMOL/ML SV15ML MRX BT 1	gadobutrol	3400890003117
BAYER HEALTHCAR	3400936080218	GADOVIST 1MMOL INJ SRG10ML BT 1	gadobutrol	3400893264997
BAYER HEALTHCAR	3400936080386	GADOVIST 1MMOL/ML INJ SRG15ML BT 1	gadobutrol	3400892991245
BAYER HEALTHCAR	3400937014243	GADOVIST 1MMOL/ML SRG7,5ML BT 1	gadobutrol	3400892991306
BAYER HEALTHCAR	3400930080832	GASTROGRAFINE ORAL RECT FL100ML BT 1	sodium amidotrizoate méglumine amidotrizoate	3400890375139
BAYER HEALTHCAR	3400930894668	RADIOSELECTAN URIN. 30% INJ FL250ML BT 1	méglumine amidotrizoate, sodium amidotrizoate	3400890782517
BAYER HEALTHCAR	3400927636240	ULTRAVIST 300 INJ SRG150ML BT 1	iopromide	3400894015802
BAYER HEALTHCAR	3400927637131	ULTRAVIST 370 INJ SRG150ML AIL BT 1	iopromide	3400894016052
BAYER HEALTHCAR	3400927797149	ULTRAVIST 300 INJ FV100ML+MED BT 1	iopromide	3400894054252
BAYER HEALTHCAR	3400927797200	ULTRAVIST 300 INJ FV150ML+MED BT 1	iopromide	3400894054313
BAYER HEALTHCAR	3400927799211	ULTRAVIST 370 INJ FV100ML+MED BT 1	iopromide	3400894054481
BAYER HEALTHCAR	3400927799389	ULTRAVIST 370 INJ FV150ML+MED BT 1	iopromide	3400894054542
BAYER HEALTHCAR	3400930205594	ULTRAVIST 300 INJ FV100ML+M.C BT 1	iopromide	3400890004725
BAYER HEALTHCAR	3400930205600	ULTRAVIST 300 INJ FV150ML+M.C BT 1	iopromide	3400890004749
BAYER HEALTHCAR	3400930205617	ULTRAVIST 370 INJ FV100ML+M.C BT 1	iopromide	3400890004756
BAYER HEALTHCAR	3400930205624	ULTRAVIST 370 INJ FV150ML+M.C BT 1	iopromide	3400890004763
BAYER HEALTHCAR	3400933090289	ULTRAVIST 300 INJ FV20ML BT 1	iopromide	3400891340389
BAYER HEALTHCAR	3400933090340	ULTRAVIST 300 INJ FV50ML BT 1	iopromide	3400891340501
BAYER HEALTHCAR	3400933090401	ULTRAVIST 300 INJ FV100ML BT 1	iopromide	3400891340211
BAYER HEALTHCAR	3400933090579	ULTRAVIST 300 INJ FV200ML BT 1	iopromide	3400891340440
BAYER HEALTHCAR	3400933090630	ULTRAVIST 370 INJ FV20ML BT 1	iopromide	3400891340730
BAYER HEALTHCAR	3400933090869	ULTRAVIST 370 INJ FV50ML BT 1	iopromide	3400891341041
BAYER HEALTHCAR	3400933091002	ULTRAVIST 370 INJ FV100ML BT 1	iopromide	3400891340679
BAYER HEALTHCAR	3400933091170	ULTRAVIST 370 INJ FV200ML BT 1	iopromide	3400891340969
BAYER HEALTHCAR	3400937603782	ULTRAVIST 300 INJ FV150ML BT 1	iopromide	3400892371009
BAYER HEALTHCAR	3400937603843	ULTRAVIST 370 INJ FV150ML BT 1	iopromide	3400892371177
BAYER HEALTHCAR	3400939862897	ULTRAVIST 300 INJ SRG125ML BT 1	iopromide	3400893502334
BAYER HEALTHCAR	3400939863320	ULTRAVIST 370 INJ SRG125ML BT 1	iopromide	3400893502853

**Légende** : en italique les produits supprimés.

**ATTENTION** : La présente liste en date du 25 sept 2023 relative aux produits de contraste à radier de la liste des spécialités remboursables (liste ville) est susceptible d'être modifiée en fonction d'éventuelles observations des laboratoires sur leurs produits. Une nouvelle version stabilisée de la liste sera diffusée dans tous les cas avant le 1er mars 2024.

Agence centrale des organismes de sécurité sociale

**Décision du 28 septembre 2023 portant approbation, par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de la convention relative à la mutualisation de la gestion des comptes des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés**

NOR : SPRX2330483S

Le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale,

Vu le décret du 8 décembre 2016 portant nomination du directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ;

Vu l'article L. 122-7 du code de la sécurité sociale ;

Vu la convention du 11 juillet 2023 relative à la mutualisation de la gestion des comptes des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés établie entre la Caisse générale de sécurité sociale de la Guadeloupe, la Caisse générale de sécurité sociale de Guyane, la Caisse générale de sécurité sociale de la Martinique et la Caisse générale de sécurité sociale de La Réunion,

Décide :

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

La convention du 11 juillet 2023 annexée à la présente décision et relative à la mutualisation, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2023, de la gestion des comptes des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés auprès de la Caisse générale de sécurité sociale de La Réunion, est approuvée.

**Article 2**

Le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargé de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 28 septembre 2023.

Le directeur de l'Agence centrale  
des organismes de sécurité sociale,  
Yann-Gaël AMGHAR



## Convention relative à la mutualisation de la gestion des comptes Praticiens Auxiliaires Médicaux Conventionnés

### Entre

- La Caisse générale de Sécurité sociale de la Guadeloupe, ci-après désignée **CGSS Guadeloupe**, dont le siège est Parc d'activité la providence, ZAC de Dothémare, Espace Amédée FENGAROL, 97139 Les Abymes, représentée par son directeur, Monsieur Jean VERON, CGSS délégante ;
- La Caisse générale de Sécurité sociale de Guyane, ci-après désignée **CGSS Guyane**, dont le siège est Route de Raban, Espace Turenne Radamonthe, 97300 CAYENNE CEDEX, représentée par son directeur, Monsieur Jean-Xavier BELLO, CGSS délégante ;
- La Caisse générale de Sécurité sociale de la Martinique, ci-après désignée **CGSS Martinique**, dont le siège est Rue case negre, place d'armes, 97232 LE LAMENTIN, représentée par son directeur, Monsieur Jean-Yves CASANO, CGSS délégante ;
- La Caisse générale de Sécurité sociale de La Réunion, ci-après désignée **CGSS La Réunion**, dont le siège est 4 boulevard Doret 97400 SAINT DENIS, représentée par son directeur, Monsieur Benoît SERIO, CGSS délégataire ;

### Vu le Code de la Sécurité sociale, articles L.752-4, R.-6 et L.122-7,

#### Article L752-4 :

*« Les Caisses générales de Sécurité sociale ont pour rôle :*

*.....*

*6° D'exercer les fonctions dévolues en métropole aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général et de la mutualité sociale agricole à l'exception des compétences dévolues à l'organisme mentionné à l'article L. 213-4 ».*

#### Article R613-6 :

*« Les travailleurs indépendants versent les cotisations et contributions sociales qu'ils sont tenus d'acquitter auprès des organismes du régime général à l'organisme mentionné à l'article L. 213-1 ou L. 752-4 dans le ressort duquel ils exercent leur activité professionnelle.*

*Lorsque leur résidence principale est située dans le ressort d'un autre organisme, ils peuvent s'adresser indifféremment à l'un ou l'autre organisme pour la réalisation des démarches, relevant de ces organismes, mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 233-1. »*



Article L.122-7 :

*« Le directeur d'un organisme local ou régional peut déléguer à un organisme local ou régional la réalisation des missions ou activités liées à la gestion des organismes, au service des prestations, au recouvrement et à la gestion des activités de trésorerie, par une convention qui prend effet après approbation par le directeur de l'organisme national de chaque branche concernée.*

*Lorsque la mutualisation inclut des activités comptables, financières ou de contrôle relevant du directeur comptable et financier, la convention est également signée par les directeurs comptables et financiers des organismes concernés ».*

**Il est convenu ce qui suit :**

#### **Article 1<sup>er</sup> – Objet de la convention**

La présente convention vise à :

Définir les modalités de la mutualisation, entre les CGSS signataires, du recouvrement des cotisations et des contributions dues par les cotisants du régime Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés visés à l'article L.646-1 du Code de la Sécurité Sociale par la mise en place d'une CGSS « Centre de gestion mutualisé Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés ». Cette « CGSS Centre de gestion » se voit déléguer la gestion des comptes des cotisants PAM conventionnés actifs pour toutes les cotisations et contributions sociales personnelles dont ils sont redevables au titre de leur activité par les CGSS territorialement compétentes.

Définir les modalités de mise en œuvre de l'activité mutualisée par les « CGSS centres de gestion ».

#### **Article 2 – Répartition des comptes entre les CGSS délégataires**

Les comptes sont centralisés au sein de la CGSS délégataire comme mentionné dans le tableau en annexe de la présente convention.

L'opération de délégation a lieu au 1<sup>er</sup> janvier 2023.

#### **Article 3 – Droits et obligations afférents à l'exercice des missions de recouvrement – champ de la délégation**

Les CGSS délégantes transfèrent à la CGSS délégataire, centre de gestion mutualisé Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés actifs, l'ensemble des droits et obligations afférents à l'exercice des missions de recouvrement résultant de l'article L.752-4 du Code de la Sécurité Sociale.



### Article 5 – Modalités de mise en œuvre de l’activité mutualisée par la « CGSS centre de gestion »

La CGSS délégataire, Centre de gestion PAM, assure l’encaissement centralisé et la gestion du recouvrement, dont les recours amiables et juridictionnels soulevés par les cotisants des comptes visés par la présente convention. Les CGSS se prêtent mutuellement concours pour assurer la bonne mise en œuvre de la présente convention.

### Article 6 – Gestion de la trésorerie

La CGSS délégataire assure la gestion de la trésorerie centralisée visée à l’article D.122-23 du Code de la Sécurité Sociale pour les cotisations et contributions des comptes cotisants visés par la présente convention.

### Article 7 – Entrée en vigueur et durée de la convention

La présente convention entre en vigueur le lendemain de la publication, au Bulletin Officiel, de la décision d’approbation du Directeur Général de l’Acoss.

Elle produira tous ses effets pour chaque CGSS à la date visée à l’article 2.

Elle est conclue pour une durée indéterminée. La présente convention peut être modifiée par voie d’avenant. Toute modification est soumise à l’approbation préalable du Directeur général de l’Acoss. La présente convention peut en outre être résiliée avec un préavis de 12 mois sous réserve d’approbation de cette résiliation par le Directeur général de l’Acoss.

<p>Le Directeur de la CGSS <b>Guadeloupe</b></p> <p><i>Signé</i></p> <p>Jean VERON</p>	<p>Le Directeur de la CGSS <b>Guyane</b></p> <p><i>Signé</i></p> <p>Jean-Xavier BELLO</p>	<p>Le Directeur de la CGSS <b>Martinique</b></p> <p><i>Signé</i></p> <p>Maclou RIGOBERT</p>	<p>Le Directeur de la CGSS <b>La Réunion</b></p> <p><i>Signé</i></p> <p>Benoît SERIO</p>
<p>La Directrice comptable et financière de la CGSS <b>Guadeloupe</b></p> <p><i>Signé</i></p> <p>Patricia ASSOUMAYA</p>	<p>La Directrice comptable et financière de la CGSS <b>Guyane</b></p> <p><i>Signé</i></p> <p>Ghislaine LUSSAN</p>	<p>La Directrice comptable et financière de la CGSS <b>Martinique</b></p> <p><i>Signé</i></p> <p>Catherine RENAUD</p>	<p>Le Directeur comptable et financier de la CGSS <b>La Réunion</b></p> <p><i>Signé</i></p> <p>Jean-Marc BARRAUD</p>

11/07/2023



**La présente convention est approuvée en date du 28/09/2023**

*Signé*

**Yann-Gaël Amghar, Directeur de l'Acoss**



**ANNEXE – Planning de déploiement des transferts des comptes des CGSS délégentes vers les CGSS délégataires, Centre de Gestion Mutualisé des Comptes Praticiens Auxiliaires Médicaux Conventionnés (PAMC)**

CGSS Délégitaire Centre de gestion mutualisé PAMC	Répartition des comptes en provenance des CGSS délégentes, en complément des comptes déjà gérés par la CGSS délégataire	Date du transfert
CGSS de La Réunion	Guadeloupe, Guyane, Martinique	01/01/2023

Centre national de gestion

**Arrêté du 9 octobre 2023 modifiant l'arrêté du 16 décembre 2022 portant composition nominative du comité consultatif national de la fonction publique hospitalière**

NOR : SPRN2330478A

La directrice générale du Centre national de gestion,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code général de la fonction publique (partie législative) ;

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 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° 2016-1065 du 3 août 2016 relatif au comité consultatif national de la fonction publique hospitalière prévu à l'article L282-4 du code général de la fonction publique ;

Vu l'arrêté du 16 décembre 2022 modifié portant composition nominative du comité consultatif national de la fonction publique hospitalière,

Arrête :

Article 1<sup>er</sup>

L'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté susvisé du 16 décembre 2022 est modifié comme suit :

REPRÉSENTANTS DES PERSONNELS DE DIRECTION :

Membre titulaire :

Monsieur Yann LE FLOCH (SYNCASS-CFDT) en remplacement de Madame Nathalie MARCZAK (SYNCASS-CFDT).

Membre suppléant :

Madame Julie VERGNET DELALONDE (SYNCASS-CFDT) en remplacement de Monsieur Yann LE FLOCH (SYNCASS-CFDT).

## Article 2

La directrice générale du Centre national de gestion est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 9 octobre 2023.

La directrice générale  
du Centre national de gestion,  
Marie-Noëlle GERAIN BREUZARD

Ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique  
Ministère de la santé et de la prévention

**Arrêté du 12 octobre 2023 fixant la dotation annuelle de financement de l'Établissement public de santé territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon pour l'année 2023**

NOR : SPRH2330484A

Le ministre de la santé et de la prévention et le ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, chargé des comptes publics,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 174-1 ;

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 6147- 5,

Arrêtent :

Article 1<sup>er</sup>

Le montant de la dotation annuelle de financement de l'Établissement public de santé territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon est fixé à 34 487 144 euros.

Article 2

Le montant des dépenses hospitalières autorisées est fixé à 35 487 144 euros pour le compte de résultat prévisionnel principal et le compte de résultat prévisionnel annexe de l'Unité de soins de longue durée.

Article 3

Les recours éventuels contre le présent arrêté doivent être formés auprès du Tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale de Nantes dans un délai d'un mois suivant sa notification ou sa publication.

Article 4

La directrice générale de l'offre de soins, le directeur de la sécurité sociale et le préfet de Saint-Pierre-et-Miquelon 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 12 octobre 2023.

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

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

Pour le ministre délégué auprès du ministre de l'économie,  
des finances et de la souveraineté industrielle et numérique,  
chargé des comptes publics, par délégation :

La cheffe de service, adjointe au directeur  
de la sécurité sociale,  
Delphine CHAMPETIER

Ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique  
Ministère de la santé et de la prévention

**Arrêté du 13 octobre 2023 portant fixation du montant de valorisation d'activité et celui alloué relevant du périmètre du mécanisme de sécurisation pour 2023 au titre des soins à partir de la période janvier 2023 et le montant du versement à effectuer au titre du rattrapage sur l'exercice antérieur (activité 2022 transmise en LAMDA) dû au Service de santé des armées**

NOR : SPRH2330476A

Le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique et le ministre de la santé et de la prévention,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-22-6, L. 162-22-7, L. 162-22-10 et L. 162-26 et L. 174-15 ;

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 6145-1 à L. 6145-17, R. 6145-1 à R. 6145-61 et L. 6147-7 ;

Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée, notamment l'article 33 ;

Vu la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023, notamment son article 44 ;

Vu le décret n° 2009-213 du 23 février 2009 relatif aux objectifs de dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé ;

Vu l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile ;

Vu l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission des informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du 31 décembre 2022 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé par les caisses d'assurance maladie ou par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 24 août 2022 relatif à la garantie de financement des établissements de santé pour faire face à l'épidémie du Covid-19 pour l'année 2022 ;

Vu l'arrêté du 28 mars 2023 fixant pour l'année 2023 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 30 mars fixant pour l'année 2023 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 3 juin 2023 relatif au mécanisme transitoire de soutien financier aux établissements de santé mentionné à l'article 44 de la LFSS pour 2023 au titre de leurs activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale ;

Vu les relevés d'activité transmis au titre du mois de juillet 2023 par le Service de santé des armées,

Arrêtent :

### TITRE I – Valorisation d'activité et SMA au titre de l'année en cours

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

Le montant dû au titre des prestations de soins MCO couvertes par le mécanisme de sécurisation :

Le montant dû au titre de la période issue de la comparaison prévue par l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté relatif au mécanisme transitoire de soutien financier aux établissements de santé mentionné à l'article 44 de la LFSS pour 2023 au titre de leurs activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale est de :

Libellé	Montant de référence annuel (pour information)	Montant dû pour la période*	Montant à verser ou à reprendre pour le mois**
Forfaits « groupes homogènes de séjours » (GHS y compris alternatives à la dialyse) et leurs éventuels suppléments (y compris transports et PO)	262 950 701,00 €	144 278 254,26 €	20 184 274,88 €
Prestations relevant de l'aide médicale de l'État (AME)	629 107,00 €	324 812,40 €	53 688,43 €
Prestations relevant des Soins urgents (SU)	82 411,00 €	79 328,31 €	4 807,32 €
Reste à charge détenus (RAC – séjour)	78 220,00 €	35 270,85 €	5 034,19 €

\* soit 70 % de x/12e du montant de référence annuel + 30 % valorisation cumulée pour la période, soit 100 % valorisation cumulée pour la période.

\*\* est égal au montant dû – montants déjà versés jusqu'au mois précédent.

#### Article 2

Le montant alloué aux établissements de santé au titre de la valorisation d'activité de MCO (hors périmètres SMA) :

Au titre des prestations de soins mentionnées aux 2°, 4°, 5° et 6° de l'article R. 162-33-1 du code de la sécurité sociale, le montant dû ou à reprendre par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale est de :

a) Au titre de la part tarifée à l'activité :

<b>Libellé</b>	<b>Montant à verser ou à reprendre pour le mois*</b>
Activité externe (des actes et consultations externes) y compris IVG, ATU gynéco, FU, FFM, SE et forfaits techniques non facturés dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du code de la sécurité sociale	3 437 035,50 €
RAC détenu ACE y compris ATU, FFM, SE, etc.	33,88 €

\* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent.

b) Au titre des produits et prestations et des spécialités pharmaceutiques mentionnées aux articles L. 162-22-7 et L. 162-22-7-3 du code de la sécurité sociale :

<b>Libellé</b>	<b>Montant à verser ou à reprendre pour le mois*</b>
Montant dû ou à reprendre ce mois-ci au titre de la liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'un séjour ou d'une activité externe, y compris dispositifs médicaux implantables liés aux séjours et les médicaments sous AAP/AAC)	3 880 799,16 €
Montant dû ou à reprendre ce mois-ci au titre de la liste en sus pour les prestations relevant de l'aide médicale d'État (AME) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et les médicaments sous AAP/AAC)	321,01 €
Montant dû ou à reprendre ce mois-ci au titre de la liste en sus pour les prestations relevant des soins urgents (SU) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et les médicaments sous AAP/AAC)	0,00 €

\* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent.

## TITRE II – LAMDA 2022

### Article 3

Montants complémentaires à verser ou à reprendre suite aux transmissions LAMDA 2022 au cours de l'année 2023 :

a) Au titre de l'activité de MCO soumise à garantie de financement 2022 :

Pour la période M12 2022, incluant les LAMDA 2022, la régularisation porte sur les prestations soumises à garantie de financement MCO pour les soins de la période de janvier à décembre 2022.

Le montant dû ou à reprendre sur la même période par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale est de :

<b>Libellé</b>	<b>Montant à verser ou à reprendre pour le mois*</b>
Montant complémentaire MCO compte-tenu du mécanisme de financement de l'établissement au titre de la valorisation de l'activité hors aide médicale de l'État (AME), soins urgents (SU) et soins aux détenus	0,00 €
⇒ dont forfaits « groupes homogènes de séjours » (GHS) et leurs éventuels suppléments (y compris transports et PO)	0,00 €
⇒ dont forfaits D (alternative à dialyse en centre), IVG, ATU gynéco/FU/FFM, SE, des actes et consultations externes (ACE) y compris forfaits techniques non facturés dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du code de la sécurité sociale	0,00 €
Montant complémentaire MCO compte-tenu du mécanisme de financement de l'établissement au titre de la valorisation de l'activité aide médicale de l'État (AME)	0,00 €
Montant complémentaire MCO compte-tenu du mécanisme de financement de l'établissement au titre de la valorisation de l'activité soins urgents (SU)	0,00 €
Montant complémentaire MCO compte-tenu du mécanisme de financement de l'établissement au titre de la valorisation du RAC détenus	0,00 €
⇒ dont séjours	0,00 €
⇒ dont ACE y compris ATU/FFM, SE, etc.	0,00 €

\* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent.

b) Au titre des produits et prestations et des spécialités pharmaceutiques mentionnées aux articles L. 162-22-7 et L. 162-22-7-3 du code de la sécurité sociale :

La régularisation porte sur les prestations au titre des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et des spécialités pharmaceutiques et médicaments mentionnés à l'article L. 162-22-7-3 du même code et n'ayant pas fait l'objet d'une régularisation précédente.

Le montant dû ou à reprendre sur la même période par la caisse désignée en application des dispositions de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale est de :

<b>Libellé</b>	<b>Montant à verser ou à reprendre pour le mois*</b>
Montant dû ou à reprendre ce mois-ci au titre de la liste en sus pour les soins MCO hors AME/SU (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments lors d'un séjour ou d'une activité externe, y compris dispositifs médicaux implantables liés aux séjours et les médicaments sous AAP/AAC)	0,00 €
Montant dû ou à reprendre ce mois-ci au titre de la liste en sus pour les prestations relevant de l'aide médicale d'État (AME) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et les médicaments sous AAP/AAC)	0,00 €

Montant dû ou à reprendre ce mois-ci au titre de la liste en sus pour les prestations relevant des soins urgents (SU) (fourniture de spécialités pharmaceutiques type médicaments, y compris dispositifs médicaux implantables et les médicaments sous AAP/AAC)	0,00 €
---	--------

\* est égal au montant dû - montants déjà versés jusqu'au mois précédent.

#### Article 4

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal inter régional de la tarification sanitaire et sociale compétent dans un délai d'un mois à compter de sa notification.

#### Article 5

Le présent arrêté est notifié au Ministère des armées et à la Caisse nationale militaire de sécurité sociale, pour exécution.

#### Article 6

La directrice générale de l'offre de soins et le directeur de la sécurité sociale 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 13 octobre 2023.

Pour le ministre de l'économie, des finances  
et de la souveraineté industrielle et numérique,  
par délégation :  
La sous-directrice du financement  
du système de soins,  
Clélia DELPECH

Pour le ministre de la santé et de la prévention,  
par délégation :  
La sous-directrice de la régulation de l'offre de soins,  
Anne HEGOBURU

Ministère de la santé et de la prévention

**Convention de délégation de gestion du 17 octobre 2023 conclue dans le cadre de  
l'organisation des 30 ans du Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC)  
et relative à la gestion de crédits hors titre 2 du programme 204  
« Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins »**

NOR : SPRH2330485X

ENTRE :

La Direction générale de l'offre de soins,  
représentée par Marie DAUDÉ, directrice générale de l'offre de soins,  
désignée sous le terme de « délégant », d'une part,

ET :

La Délégation à l'information et à la communication des ministères chargés des affaires sociales,  
représentée par Jenny KÖHLER, secrétaire générale,  
désignée sous le terme de « délégataire », d'autre part.

Il est convenu ce qui suit :

Article 1<sup>er</sup>  
Objet de la convention

En application du décret n° 2004-1085 du 14 octobre 2004 relatif à la délégation de gestion dans les services de l'État, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) souhaite s'appuyer sur la Délégation à l'information et à la communication (DICOM) pour l'organisation du bilan des 30 ans du Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC).

Dans ce contexte, la convention précise les conditions dans lesquelles la DGOS autorise la DICOM en son nom et pour le compte de la communauté ou son propre compte, à exécuter les dépenses dont elle est responsable sur l'UO 0204-CDGO-CDGO du BOP DGOS rattaché au programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins ».

Article 2  
Prestations confiées au délégataire

A l'occasion des 30 ans du Programme hospitalier de recherche clinique national (PHRC-N), la DGOS souhaite réunir l'ensemble des acteurs impliqués (les professionnels de santé qu'ils aient une activité de recherche clinique ou non, les chercheurs universitaires, les personnels administratifs de recherche et les industriels). Au total une centaine de personnes seront invitées à célébrer cet anniversaire au cours d'une demi-journée le 18 janvier 2024 au Ministère de la santé et de la prévention. La DGOS confie la réalisation de cette action événementielle à la DICOM. Il s'agit notamment d'administrer le secrétariat des inscriptions, de prendre en charge les déplacements des intervenants, de gérer un animateur professionnel, d'installer le matériel, de décliner une identité visuelle, d'accueillir le public et d'organiser un buffet de restauration pour les participants.

### Article 3 Dispositions financières

Le délégant s'engage à mettre à disposition, sur l'UO 0204-CDGO-CDGO, les crédits nécessaires à la réalisation des prestations demandées, dans la limite d'un plafond de dépenses de 66 000 €.

La répartition prévisionnelle des crédits mis à disposition est de :

- 66 000 € en autorisation d'engagement (AE), qui seront mis à disposition, en 2023, à la signature de la convention au titre de l'année 2023 ;
- 66 000 € en crédits de paiement (CP), qui seront mis à disposition, en 2024, à l'ouverture de l'exercice budgétaire.

Le montant maximum et la répartition annuelle des crédits pourront, le cas échéant, être réévalués par voie d'avenant à la présente convention en fonction des nouveaux besoins identifiés.

Le délégant sera destinataire d'un suivi des consommations en AE/CP, fourni par le délégataire dans le cadre de la présente convention.

### Article 4 Exécution de la dépense

Le délégant confie au service délégataire la signature ou la validation des actes de dépense pris dans le cadre de l'exécution de la présente convention.

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

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

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

### Article 5 Imputations

Les dépenses visées par la présente convention sont imputées sur l'unité opérationnelle 0204-CDGO-CDGO du programme 204 « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins ».

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

Centre financier du délégant	0204-CDGO-CDGO
Domaine fonctionnel du délégant	0204-19-03
Activité du délégant	020401061903
Centre de coûts du délégataire	SGSCO02075 (événements)

## Article 5

### Durée, publication, modification et dénonciation de la convention

La présente convention prend effet lors de sa signature par l'ensemble des parties concernées. La délégation est valable un an à compter de sa date de signature.

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

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

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

La présente convention sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité, conformément à l'article 2 du décret n° 2004-1085 du 14 octobre 2004.

Fait le 17 octobre 2023.

Pour la Direction générale de l'offre de soins :  
Le sous-directeur de la stratégie et des ressources,  
Arnauld GAUTHIER

Pour la Délégation à l'information et à la communication :  
La secrétaire générale,  
Jenny KÖHLER

#### Copies :

- Monsieur le contrôleur budgétaire et comptable ministériel auprès des ministères chargés des affaires sociales ;
- Monsieur le directeur général de la santé, responsable du programme 204.



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

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**CIRCULAIRE N° DGOS/R1/2023/149** du 19 octobre 2023 relative à la deuxième campagne tarifaire et budgétaire 2023 des établissements de santé

Le ministre de la santé et de la prévention

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux  
des agences régionales de santé (ARS)

<b>Référence</b>	NOR : SPRH2325656C (numéro interne : 2023/149)
<b>Date de signature</b>	19/10/2023
<b>Emetteur</b>	Ministère de la santé et de la prévention Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
<b>Objet</b>	Deuxième campagne tarifaire et budgétaire 2023 des établissements de santé.
<b>Action à réaliser</b>	Déléguer les crédits aux établissements de santé.
<b>Résultat attendu</b>	Mise en œuvre des délégations de crédits.
<b>Echéance</b>	Dans les meilleurs délais.
<b>Contact utile</b>	Sous-direction de la régulation de l'offre de soins Bureau Synthèse organisationnelle et financière (R1) Karine TIENNOT Tél. : 06 58 33 37 36 Mél. : <a href="mailto:karine.tiennot2@sante.gouv.fr">karine.tiennot2@sante.gouv.fr</a>
<b>Nombre de pages et annexes</b>	5 pages et 7 annexes (45 pages) Annexe I - Montants régionaux des dotations Annexe II - Mesures relatives aux ressources humaines Annexe III - Plans et mesures de santé publique Annexe IV - Mesures spécifiques à la psychiatrie et aux soins de suites et de réadaptation Annexe V - Innovation, recherche et référence Annexe VI - Investissements hospitaliers Annexe VII - Accompagnements et mesures ponctuelles
<b>Résumé</b>	Fixation des ressources d'assurance maladie des établissements de santé.
<b>Mention Outre-mer</b>	Ces dispositions s'appliquent aux départements et territoires ultramarins, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle-Calédonie et de Wallis et Futuna.
<b>Mots-clés</b>	Hôpital ; clinique ; établissement de santé ; tarification à l'activité ; dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ; dotation annuelle de financement ; agence régionale de santé.

Classement thématique	Établissements de santé
<p><b>Textes de référence</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-8-2, L. 162-22-13, L. 162-23-8, L. 174-1-1, L. 174-1-2, R. 162-32-2, R. 162-33-18, R. 162-33-25, R. 162-33-26, R. 162-34-12 et D. 162-6 à D. 162-8 ;</li> <li>• Code de la santé publique, notamment les articles L. 6145-1 et suivants et R. 6145-1 et suivants ;</li> <li>• Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale et notamment son article 33 modifié ;</li> <li>• Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, notamment son article 78 modifié ;</li> <li>• Décret n° 2021-216 du 25 février 2021 relatif à la réforme du financement des structures des urgences et des structures mobiles d'urgence et de réanimation et portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé ;</li> <li>• Arrêté du 21 décembre 2018 fixant les montants du forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la sécurité sociale ;</li> <li>• Arrêté du 29 mars 2018 fixant le modèle de suivi et d'analyse de l'exécution de l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du Code de la sécurité sociale ;</li> <li>• Arrêté du 28 mars 2023 fixant pour l'année 2023 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du Code de la sécurité sociale ;</li> <li>• Arrêté du 28 mars 2023 portant détermination pour 2022 de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du Code de la sécurité sociale ;</li> <li>• Arrêté du 28 mars 2023 fixant pour l'année 2023 l'objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de psychiatrie ;</li> <li>• Arrêté du 28 mars 2023 fixant pour l'année 2023 l'objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de soins de suite et de réadaptation ;</li> <li>• Arrêté du 28 mars 2023 fixant pour l'année 2023 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du Code de la sécurité sociale ;</li> <li>• Arrêté du 10 mai 2023 fixant, pour l'année 2023, les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du Code de la sécurité sociale et les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du Code de la sécurité sociale ;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrêté du 25 septembre 2023 fixant pour l'année 2023 les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1 du Code de la sécurité sociale, les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, les dotations urgences, les dotations relatives à la psychiatrie mentionnées aux 1°, 3°, 5°, 6°, 8° de l'article R. 162-31-1 du même code, ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du même code ;</li> <li>• Instruction n° DGOS/DGCS/DSS/2022/182 du 10 juillet 2022 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures de la mission flash pour les soins urgents et non programmés pour l'été 2022.</li> </ul>
<b>Circulaire / instruction abrogée</b>	Néant
<b>Circulaire / instruction modifiée</b>	Néant
<b>Rediffusion locale</b>	Néant
<b>Validée par le CNP le 22 septembre 2023 - Visa CNP 2023-77</b>	
<b>Document opposable</b>	Oui
<b>Déposée sur le site Légifrance</b>	Non
<b>Publiée au BO</b>	Oui
<b>Date d'application</b>	Immédiate

Cette deuxième circulaire budgétaire revêt une double particularité. En effet, j'ai souhaité qu'elle intervienne un mois plus tôt par rapport à son calendrier habituel. Par ailleurs, elle représente un niveau de délégation exceptionnel à ce stade de l'année. Cela traduit ma volonté d'accroître la lisibilité donnée aux établissements de santé sur leurs ressources financières pour 2023.

J'ai donc décidé la délégation de **1 Md€**, conformément à l'annonce du 12 juin dernier **relative aux mesures transversales au bénéfice des personnels de la fonction publique**, qui viendra en particulier soutenir le pouvoir d'achat des personnels des établissements publics de santé.

Sont ainsi alloués la **revalorisation de 1,5 % du point d'indice des personnels de la fonction publique** mise en œuvre depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2023 pour tous les personnels de la fonction publique hospitalière, mais également le **rehaussement en points du traitement indiciaire** et le **versement d'une prime exceptionnelle de pouvoir d'achat** au profit des professionnels hospitaliers avec les salaires les plus faibles.

La Première ministre s'est par ailleurs engagée le 30 août 2023 sur la prolongation, jusqu'au 31 décembre 2023, des **mesures exceptionnelles de revalorisation des indemnités liées au travail de nuit et aux gardes au sein des établissements publics de santé** initialement introduites à l'été 2022.

Pour concrétiser cet engagement fort, et dans l'attente de la mise en œuvre, dès 2024, d'une série de **mesures relatives à l'attractivité des carrières hospitalières et à la permanence des soins en établissements de santé**, **144 M€** complémentaires sont délégués pour prolonger les revalorisations exceptionnelles des indemnités liées au travail de nuit et aux gardes au sein des établissements publics de santé jusqu'au 31 décembre 2023.

Ainsi au total, ce sont donc près de 1,2 Md€ de crédits qui sont délégués dans le cadre de cette circulaire, pour soutenir le pouvoir d'achat de l'ensemble des personnels des établissements publics de santé dans cette période encore fortement marquée par la crise de l'inflation et aussi reconnaître leur engagement pour assurer la continuité des soins sur le territoire.

J'ai également décidé de déléguer dès à présent aux agences régionales de santé (ARS) **254 M€** de crédits visant à **soutenir financièrement les établissements de santé les plus en difficulté** afin de donner à ces structures plus de visibilité quant à l'appui exceptionnel dont elles pourront bénéficier cette année. Cette délégation revêt par ailleurs un caractère innovant du fait de la **mise en œuvre du principe de régionalisation de ce volant d'aides nationales**, afin d'accroître encore la marge de manœuvre de chaque ARS dans le déploiement de ce soutien financier sur son territoire.

Bien évidemment, la présente circulaire porte également les financements délégués plus classiquement dans le cadre de la deuxième circulaire, parmi lesquels le financement complémentaire de la recherche et l'innovation et celui des mesures et plans de santé publique engagés par mon ministère conformément aux priorités du Gouvernement.

Ainsi, plus de **437 M€** sont alloués dans cette circulaire **pour financer directement la recherche et l'innovation**, dont 260 M€ au titre du financement des actes hors nomenclature, **des missions d'appui à la recherche et à l'innovation** ainsi que de **la poursuite du Plan France médecine génomique**.

La **mise en œuvre des politiques prioritaires de santé publique** se poursuit par ailleurs avec un financement complémentaire de près de **162 M€**, pour accompagner notamment le déploiement du **Plan national de développement des soins palliatifs** (11 M€), du Plan national maladies rares (16 M€), du **Plan national maladies neurodégénératives** avec le développement de l'hospitalisation à domicile pour les personnes atteintes de ces maladies (7 M€). Ces crédits viendront également compléter le **financement des traitements coûteux en hospitalisation à domicile** (7 M€), des mesures liées à la périnatalité comme le **soutien apporté aux centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal** (23 M€), la **prise en charge des surcoûts cliniques et biologiques de l'assistance médicale à la procréation** (33 M€) et le **développement des staffs médico-psychosociaux en maternité** dans le cadre du **Plan des 1000 premiers jours de l'enfant** (4 M€). Le financement de la mise en œuvre de la **feuille de route relative à la prise en charge des personnes en situation d'obésité** (3 M€) est également porté par la présente circulaire.

Près de **82 M€** de crédits sont également délégués au titre des **investissements hospitaliers** afin de poursuivre l'accompagnement des **programmes HOP'EN et SIMPHONIE** (35 M€). Par ailleurs, cette deuxième phase de délégation consacre la priorité donnée au **développement de la cybersécurité des établissements**, mais également à la mise en œuvre de **plans d'actions et de remédiation auprès des établissements de santé identifiés comme des opérateurs de services essentiels (OSE)** avec un financement de près de 8 M€. Dans la poursuite de la mise en œuvre du pacte de refondation des urgences initié l'année dernière, un accompagnement à **l'amélioration de la gestion des lits** est également prévu (35 M€).

Enfin, les **52 M€** de crédits complémentaires sont principalement destinés à couvrir des charges exceptionnelles des établissements de santé sur leur activité de transports sanitaires hélicoptérés (HéliSMUR) du fait de l'inflation. Ils financent également l'accompagnement à la **transformation des centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) en hôpitaux de proximité en Guyane**.

Afin de mettre en œuvre la notification de ces **2,2 Md€** de crédits de dotations supplémentaires aux acteurs hospitaliers de votre territoire, vous trouverez les **précisions nécessaires concernant chacune des mesures financées dans les différentes annexes thématiques de cette circulaire.**

Je vous invite à veiller à ce que l'outil d'**harmonisation et de partage d'information (HAPI)** soit précisément employé, permettant ainsi un suivi fiable et continu de l'usage des ressources budgétaires pour l'année 2023.

Je compte sur votre collaboration et vous remercie pour votre action.



Aurélien ROUSSEAU

## Annexe I - MIGAC

Les montants sont en milliers d'euros

Région	BASE 2023	Ajustements de vecteur	Ajustements de vecteur	Ajustements de vecteur	MIG Plateformes d'expertise	MIG Base de données maladies rares	MIG Appui à l'expertise F23	MIG CNRD	MIG Douleur
Montant									
N° MIG/AC/DAF		AC MCO	AC MCO	MIG MCO	MIG MCO	MIG MCO	MIG MCO	MIG MCO	MIG MCO
Code MIG					F21	F22	F23	H08	P04
JPE/NR/R		NR	R	JPE	JPE	JPE	JPE	JPE	JPE
Auvergne-Rhône-Alpes	860 448,1	-8 948,7		-420,6	334,2	660,0	305,0		
Bourgogne Franche Comté	331 312,8		-56,2		222,8	330,0	175,0		
Bretagne	338 712,6	-4 624,0			222,8	240,0			
Centre Val de Loire	245 760,6	-1 624,9			111,4	90,0			9,6
Corse	40 181,3								
Grand Est	613 992,3				334,2	480,0	160,0		
Hauts-de-France	628 892,9	-10 403,8		-1 163,2	334,2	810,0	465,0		
Ile-de-France	1 839 022,7				1 448,2	2 760,0	1 860,0	391,6	28,8
Normandie	354 591,7	-6 631,0		-20,4	222,8	180,0			19,2
Nouvelle-Aquitaine	609 334,2			-1 490,0	445,6	330,0	501,0		
Occitanie	682 082,5	-477,1		-481,7	557,0	300,0	130,0		19,2
Pays de la Loire	378 163,1				334,2	360,0	160,0		
Provence-Alpes-Côte d'Azur	535 214,4	-6 747,9		-448,4	445,6	330,0	130,0		
<b>France métropolitaine</b>	<b>7 457 709,3</b>	<b>-39 457,4</b>	<b>-56,2</b>	<b>-4 024,3</b>	<b>5 013,0</b>	<b>6 870,0</b>	<b>3 886,0</b>	<b>391,6</b>	<b>76,8</b>
Guadeloupe	112 360,4					60,0			
Guyane	75 215,5					60,0			
Martinique	151 199,4	92,96				60,0			
Mayotte									
La Réunion	85 068,3				120,0	90,0			
<b>DOM</b>	<b>423 843,6</b>	<b>-93,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>120,0</b>	<b>270,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
<b>Total dotations régionales</b>	<b>7 881 552,9</b>	<b>-39 550,3</b>	<b>-56,2</b>	<b>-4 024,3</b>	<b>5 133,0</b>	<b>7 140,0</b>	<b>3 886,0</b>	<b>391,6</b>	<b>76,8</b>

## Annexe I - MIGAC

Les centres d'implantation cochléaire et du tronc cérébral	Expé Liste en sus Art. 51	Accompagnement des établissements suite aux radiations 2023	Forfait CAR-T cells	Plan France Génomique	Le financement des activités de recours exceptionnel	Organisation, surveillance et coordination de la recherche	Conception des protocoles, gestion et analyse des données	Soutien exceptionnel à la recherche clinique et à l'innovation	Actes de biologie et d'anatomopathologie non inscrits aux nomenclatures, à l'exception de ceux faisant l'objet d'autres financements hospitaliers	Projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche clinique national (PHRCN)
MIG MCO	AC MCO	AC MCO	AC MCO	AC MCO	MIG MCO	MIG MCO	MIG MCO	MIG MCO	MIG MCO	MIG MCO
F09					C03	D23	D24	D20	G03	D05
JPE	NR	NR	NR	NR	JPE	JPE	JPE	JPE	JPE	JPE
1 249,9		33,5	870,0	6 255,8	8 128,2	9 568,6	2 302,4	165,9	23 641,8	1 617,1
254,0	255,5		240,0		1 236,1	3 006,2	739,9	226,5	9 726,5	85,6
387,6			570,0		1 334,6	2 519,1	620,0		10 171,4	541,2
287,3			120,0		1 784,0	1 078,7	265,5	35,4	5 423,1	300,0
					77,4				591,2	
541,7			210,0		4 095,8	2 534,2	623,7		18 666,4	606,6
794,6			570,0		4 201,0	3 603,6	860,6	923,0	19 645,8	385,1
2 119,7		68,5	1 695,0	5 000,0	20 413,8	21 355,3	5 229,5	619,8	73 160,2	5 640,9
297,6			300,0		1 654,9	2 349,8	578,3		14 570,2	417,6
396,5		100,8	570,0		3 794,2	3 333,5	794,1		21 131,2	378,8
641,7	1 672,7		630,0		4 712,0	6 525,6	1 553,5	261,3	24 335,9	1 252,6
195,5			300,0		2 901,7	4 306,2	1 059,8		9 652,0	540,4
556,2			360,0		5 294,8	3 580,4	881,2	702,2	26 569,8	993,5
<b>7 722,4</b>	<b>1 928,2</b>	<b>202,8</b>	<b>6 435,0</b>	<b>11 255,8</b>	<b>59 628,4</b>	<b>63 761,4</b>	<b>15 508,5</b>	<b>2 934,1</b>	<b>257 285,4</b>	<b>12 759,4</b>
					49,7	298,5	73,5		99,6	
					88,8				297,8	
					266,7	298,5	73,5		78,7	
189,1					922,1	307,9	75,8		1 800,8	
189,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1 327,3	904,8	222,7	0,0	2 276,9	0,0
<b>7 911,6</b>	<b>1 928,2</b>	<b>202,8</b>	<b>6 435,0</b>	<b>11 255,8</b>	<b>60 955,7</b>	<b>64 666,1</b>	<b>15 731,1</b>	<b>2 934,1</b>	<b>259 562,3</b>	<b>12 759,4</b>

## Annexe I - MIGAC

Projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche clinique interrégional (PHRCI)	Projets de recherche entrant dans le programme de recherche translationnelle (PRTS)	Projets de recherche entrant dans le programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS)	Projets de recherche entrant dans le programme de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP)	Projets de recherche entrant dans le programme de recherche médico économique (PRME)	Projets de recherche entrant dans le programme de recherche médico économique en cancérologie (PRMEK)	Projets de recherche entrant dans le programme de recherche clinique hospitaliers dédiés aux maladies infectieuses émergentes et réémergentes (ReCH-MIE)	Projets de recherche en soins primaires interrégional (ReSP-Ir)	Débasage des aides à l'investissement échues	Accompagnement performance - pilotage de l'impact des débasages	Pilier 2 Transition Ecologique CTEES
MIG MCO	MIG MCO	MIG MCO	MIG MCO	MIG MCO	MIG MCO	MIG MCO	AC MCO	AC MCO	AC MCO	AC MCO
D07	D09	D11	D12	D21	D22	D28				
JPE	JPE	JPE	JPE	JPE	JPE	JPE	NR	R	NR	NR
147,9		775,6	147,1	50,0		50,0		566,1	-566,1	845,0
	12,0	141,8					160,1	194,8	-194,8	585,0
84,9	19,6	122,1	19,3	50,0				202,6	-202,6	650,0
134,5	40,0					50,0		144,5	-144,5	130,0
		77,4						17,1	-17,1	65,0
		50,0	50,0					584,6	-584,6	585,0
	28,3	50,0						603,9	-603,9	845,0
412,5	194,4	346,6	226,7	157,1		884,5	296,7	1 712,1	-1 712,1	1 105,0
29,9	60,7	50,0		227,4				227,6	-227,6	585,0
262,7	25,4	501,3	66,0	50,0			181,2	441,6	-441,6	715,0
180,0	193,0		108,0					329,2	-329,2	715,0
59,6	155,9	452,7	78,6					208,3	-208,3	195,0
		453,1	17,7		40,5	50,0		370,1	-370,1	715,0
<b>1 312,1</b>	<b>729,2</b>	<b>2 970,7</b>	<b>713,3</b>	<b>534,5</b>	<b>40,5</b>	<b>1 034,5</b>	<b>638,1</b>	<b>5 602,8</b>	<b>-5 602,8</b>	<b>7 735,0</b>
								20,0	-20,0	65,0
								7,1	-7,1	65,0
								21,9	-21,9	
								70,8	-70,8	65,0
<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>119,8</b>	<b>-119,8</b>	<b>195,0</b>
<b>1 312,1</b>	<b>729,2</b>	<b>2 970,7</b>	<b>713,3</b>	<b>534,5</b>	<b>40,5</b>	<b>1 034,5</b>	<b>638,1</b>	<b>5 722,5</b>	<b>-5 722,5</b>	<b>7 930,0</b>

## Annexe I - MIGAC

Aides ponctuelles - Aides exceptionnelles aux ES en difficulté	Vigilans	e-Parcours	Jumeau numérique	AAP Entrepôts Données de Santé	OSE-Messagerie Sécurisée	Simphonie	Hop'en	ANTARES	Dispositif interministériel de géolocalisation des appels d'urgence, intitulé « AML » (Advanced Mobile Location)	Soutien aux établissements de santé pour les transports sanitaires hélicoptérés (hélismur)
AC MCO	AC MCO	AC MCO	AC MCO	AC MCO	AC MCO	AC MCO	AC MCO	AC MCO	AC MCO	AC MCO
NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
7 215,1			150,0	612,2	774,9	355,0	2 304,0	1 500,0	210,3	4 607,7
14 808,8	36,0	190,0			355,4	71,0	1 366,4			4 700,0
7 296,0		110,0			452,9	225,0	974,8			1 875,9
5 372,5					240,9	96,0				3 322,7
27 485,7					45,6	4,0	72,8			
14 979,0		120,0		450,1	784,6	220,0	96,4			900,0
32 148,2	20,0			467,5	560,6	222,0	1 117,1			1 893,5
16 474,5				898,4	1 015,6	243,0	7 937,2			84,0
17 428,7		140,0		288,8	433,7	111,0	870,0			794,5
7 720,2				41,4	651,1	148,0	7 281,8			2 890,9
13 594,6	40,0			273,9	835,8	198,0	3 249,1			3 369,6
6 921,8		220,0			390,4	159,0	2 397,5			1 981,8
23 237,3				883,1	329,0	124,0	2 131,2			3 499,9
<b>194 682,4</b>	<b>96,0</b>	<b>780,0</b>	<b>150,0</b>	<b>3 915,3</b>	<b>6 870,7</b>	<b>2 176,0</b>	<b>29 798,3</b>	<b>1 500,0</b>	<b>210,3</b>	<b>29 920,6</b>
16 289,2				113,0	11,3	16,0				
28 094,5					22,4		592,8			
11 146,0				132,6	56,6					
3 219,9				175,0	59,0					
<b>58 749,6</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>420,5</b>	<b>149,3</b>	<b>16,0</b>	<b>592,8</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
<b>253 432,0</b>	<b>96,0</b>	<b>780,0</b>	<b>150,0</b>	<b>4 335,8</b>	<b>7 020,0</b>	<b>2 192,0</b>	<b>30 391,1</b>	<b>1 500,0</b>	<b>210,3</b>	<b>29 920,6</b>

## Annexe I - MIGAC

RIE	Cellule de gestion des lits	Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN)	Prélèvement et stockage de sang placentaire	Développement des staffs médico-psycho-sociaux en maternités	Centres de diagnostic préimplantatoire - CDPI	Surcoûts cliniques et biologiques de l'assistance médicale à la procréation	Les dépenses spécifiques liées à la prise en charge odontologique des patients atteints de pathologies compliquant cette prise en charge dans les CSERD	La mise à disposition par l'établissement de santé de moyens au bénéfice des centres de préventions et de soins et des maisons médicales mentionnées à l'article L. 162-3 du code de la sécurité sociale	Plan national soins palliatifs fin de vie - Projets recherche soins palliatifs-chefs de clinique	Plan national soins palliatifs fin de vie - Création assistants spécialistes soins palliatifs
AC MCO	AC MCO	MIG MCO	MIG MCO	AC MCO	MIG MCO	MIG MCO	MIG MCO	MIG MCO	AC MCO	AC MCO
NR	NR	F12	J04	R	F13	J02	U03	K02	NR	NR
NR	NR	JPE	JPE	R	JPE	JPE	JPE	R	NR	NR
300,0	3 964,1	1 884,0	228,6	469,6	1 128,7	3 873,4			136,5	67,2
	1 525,7	624,1	117,5	135,5		1 114,0	23,6			9,6
	1 801,9	839,8		175,7		1 826,9				
	1 394,4	624,1		132,4		1 316,8			45,5	
	383,1			15,0						
	2 781,4	1 044,1	308,4	285,2	1 164,7	2 780,4				9,6
	3 011,6	920,6		346,0		2 317,6				
	5 883,3	3 678,3	768,4	912,8	1 520,4	7 270,5			91,0	49,9
	1 768,8	785,8	0,0	180,3		1 826,7				
	3 023,4	1 302,2	261,0	299,4		2 238,6				9,6
	2 958,5	1 152,1	120,2	310,1	1 645,8	2 005,1				19,2
	2 001,7	913,5		215,3	1 214,1	2 530,4				19,2
	2 587,4	1 098,1		307,6		2 978,7			45,5	9,6
<b>300,0</b>	<b>33 085,5</b>	<b>14 866,9</b>	<b>1 804,1</b>	<b>3 784,9</b>	<b>6 673,6</b>	<b>32 079,2</b>	<b>23,6</b>	<b>0,0</b>	<b>318,5</b>	<b>193,9</b>
	353,7	274,0		23,3		291,9				
	349,8			42,6				3 000,0		
	405,9	274,0		19,5		59,8				
	592,3	479,5		74,1		822,8				
<b>0,0</b>	<b>1 701,7</b>	<b>1 027,5</b>	<b>0,0</b>	<b>159,4</b>	<b>0,0</b>	<b>1 174,5</b>	<b>0,0</b>	<b>3 000,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
<b>300,0</b>	<b>34 787,3</b>	<b>15 894,4</b>	<b>1 804,1</b>	<b>3 944,2</b>	<b>6 673,6</b>	<b>33 253,7</b>	<b>23,6</b>	<b>3 000,0</b>	<b>318,5</b>	<b>193,9</b>

## Annexe I - MIGAC

Unités d'accueil et de soins pour sourds (UASS)	Unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP)	Équipes pédiatriques régionales référentes « enfance en danger » pour la prise en charge des enfants victimes de violences (EPRRD)	Plan national soins palliatifs fin de vie - Filières	Plan national soins palliatifs fin de vie - Postes de MCU-PH	Traitement coûteux HAD	Prises en charge en HAD de patients atteints de maladies neurodégénératives (PMND)	Feuille de route Obésité	Formation d'assistant de régulation médicale (ARM)	Revalorisation des émoluments des MCU-PH et des PU-PH	Majoration des sujétions de nuit PM
MIG MCO	MIG MCO	AC MCO	AC MCO	AC MCO	AC MCO	AC MCO	AC MCO	AC MCO	AC MCO	AC MCO
K03	T03									
R	R	R	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
100,0			977,5		885,2	477,0	301,9	65,0	550,9	12 482,1
			332,3		215,4	235,7	114,1	120,7	160,2	5 851,8
			409,0	65,0	309,9	324,2	196,3	30,2	197,6	5 418,4
			306,7		133,8	332,3	103,7		96,9	4 691,5
		115,0	200,0		156,7	65,7	83,0			595,5
	43,0		663,3		430,4	386,1	244,8	45,4	421,2	9 789,5
			713,2	65,0	791,9	1 048,0	288,0	96,7	300,6	10 502,4
	212,0		1 000,0	65,0	1 606,7	1 057,8	382,4	45,4	1 394,0	22 774,3
	99,2		395,5		142,9	179,5	143,1		149,5	7 080,6
			728,6		811,0	758,2	221,0	116,6	341,1	10 760,5
200,0			727,5		497,6	454,8	276,1	268,0	415,1	9 739,8
			466,0	16,3	427,2	320,7	122,6	45,4	216,7	5 852,1
			615,3		228,7	763,6	248,8	110,2	380,7	6 666,4
<b>300,0</b>	<b>354,2</b>	<b>115,0</b>	<b>7 535,0</b>	<b>211,3</b>	<b>6 637,3</b>	<b>6 403,6</b>	<b>2 725,8</b>	<b>943,6</b>	<b>4 624,5</b>	<b>112 204,9</b>
			200,0		129,7	740,7	86,4	13,6	17,5	1 019,7
			200,0			32,4	83,1			723,8
			200,0		101,2	126,6	85,2		16,8	1 207,7
			200,0		31,8	294,0	108,0		12,2	1 917,0
<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>800,0</b>	<b>0,0</b>	<b>262,7</b>	<b>1 193,6</b>	<b>362,7</b>	<b>13,6</b>	<b>46,5</b>	<b>4 868,3</b>
<b>300,0</b>	<b>354,2</b>	<b>115,0</b>	<b>8 335,0</b>	<b>211,3</b>	<b>6 900,0</b>	<b>7 597,3</b>	<b>3 088,5</b>	<b>957,2</b>	<b>4 671,1</b>	<b>117 073,2</b>

## Annexe I - MIGAC

Mesures "Guérini" PM EPS	Mesures "Guérini" PNM EPS	Coopération hospitalière internationale	Les cellules d'urgence médico-psychologiques	La mise en œuvre des missions des établissements de santé de référence	Acquisition et maintenance des moyens des établissements de santé pour la gestion des SSE	Mesures ponctuelles	Mesures ponctuelles	Total déléguations	Total dotations
AC MCO	AC MCO	MIG R05	MIG MCO	MIG MCO	MIG MCO	MIGAC	MIGAC		
NR	NR	JPE	Q05 JPE	O02 JPE	O03 JPE	R	NR		
9 925,6	79 165,4	54,0		180,0	776,1	98,0	144,9	183 743,7	1 044 191,8
3 927,8	31 472,3			20,0	313,2		4 986,0	90 158,3	421 471,1
4 075,9	34 913,5	96,0		273,6	1 523,7	-24,4	205,7	76 531,8	415 244,4
2 811,0	24 622,8	24,7		20,0	213,2	-145,0	-25,8	53 965,8	299 726,4
375,7	3 793,3			20,0	53,2		510,0	34 707,9	74 889,2
6 847,5	57 022,0	17,0		180,0	913,2	-878,6	338,4	131 302,1	745 294,4
7 310,2	62 166,0	87,1		20,0	453,2	-146,0	-35,0	148 685,5	777 578,4
16 611,7	112 951,8	332,8		620,0	3 883,2	124,3	366,3	355 669,8	2 194 692,6
4 466,9	34 763,1	15,0		147,8	313,2	27,7	56,9	87 501,2	442 092,9
7 137,8	61 159,1	66,0		180,0	613,2	-49,0	286,3	141 085,6	750 419,8
6 808,6	52 538,0	67,0	448,4	20,0	953,2	22,6	2 941,4	148 979,2	831 061,7
3 971,1	32 591,3	71,0		20,0	1 053,2	145,0	245,4	85 280,3	463 443,4
5 373,3	46 362,9	59,5		276,8	1 013,2	-46,8	337,5	133 545,2	668 759,6
<b>79 643,1</b>	<b>633 521,7</b>	<b>890,1</b>	<b>448,4</b>	<b>1 978,2</b>	<b>12 075,0</b>	<b>-872,2</b>	<b>10 358,1</b>	<b>1 671 156,4</b>	<b>9 128 865,7</b>
579,9	4 469,8			20,0	153,2			25 449,2	137 809,7
503,0	3 824,2	71,0		20,0	53,2		2 420,0	40 544,2	115 759,7
734,0	5 591,3			20,0	313,2			21 174,7	172 374,1
1 251,0	9 165,3			20,0	313,2			22 305,7	107 374,1
<b>3 067,9</b>	<b>23 050,6</b>	<b>71,0</b>	<b>0,0</b>	<b>80,0</b>	<b>832,8</b>	<b>0,0</b>	<b>2 420,0</b>	<b>109 473,9</b>	<b>533 317,5</b>
<b>82 711,0</b>	<b>656 572,3</b>	<b>961,1</b>	<b>448,4</b>	<b>2 058,2</b>	<b>12 907,8</b>	<b>-872,2</b>	<b>12 778,1</b>	<b>1 780 630,3</b>	<b>9 662 183,2</b>

## Annexe I - PSY

Les montants sont en milliers d'euros

Région	Base dotation populationnelle psychiatrie 2023	Base dotation nouvelles activités psychiatrie 2023	Base dotation accompagnement à la transformation psychiatrie 2023	Base dotation recherche psychiatrie 2023	Base dotation activités spécifiques 2023	Fongibilité	Fongibilité
N° MIG/AC/DAF/compartiment						Dotation Populationnelle -PSY	Accompagnement à la transformation psychiatrie
OD/HORS OD							
JPE/NR/R						R	R
Auvergne-Rhône-Alpes	999 645,1	4 220,9	76 188,5	4 420,2	27 722,9		
Bourgogne Franche Comté	400 056,9	2 118,2	14 583,9	278,0	4 745,0		
Bretagne	475 050,3	2 109,1	20 396,1	830,2	18 711,5	-140,0	-52,1
Centre Val de Loire	309 671,7	2 114,9	15 021,2	278,0	9 290,6		
Corse	46 893,2	586,5	1 246,3	105,2	1 512,6	-436,0	
Grand Est	706 985,1	2 966,6	47 042,2	960,0	58 660,4		1 500,0
Hauts-de-France	805 758,6	3 781,3	32 695,4	735,0	30 164,7	-117,0	
Ile-de-France	1 689 048,2	6 434,1	66 824,4	1 270,4	46 369,5		
Normandie	461 322,0	2 402,0	19 827,2	636,4	14 145,6		
Nouvelle-Aquitaine	817 669,4	3 142,8	34 076,0	2 964,4	30 571,2		
Occitanie	696 472,4	3 678,6	29 281,7	492,4	23 301,3		
Pays de la Loire	474 051,1	2 633,5	17 480,1	278,0	5 318,4		
Provence-Alpes-Côte d'Azur	609 535,3	2 649,2	20 054,0	479,2	38 329,0		
<b>France métropolitaine</b>	<b>8 492 159,1</b>	<b>38 837,7</b>	<b>394 717,1</b>	<b>13 727,3</b>	<b>308 842,6</b>	<b>-693,0</b>	<b>1 447,9</b>
Guadeloupe	67 079,6		7 336,8	105,2	1 784,5		
Guyane	45 546,4	303,5	983,4	105,2	1 074,2		
Martinique	63 523,8		10 508,1	105,2	1 483,5		
Mayotte							
La Réunion	126 083,7	210,0	4 340,5	105,2	4 337,0		
<b>DOM</b>	<b>302 233,5</b>	<b>513,5</b>	<b>23 168,8</b>	<b>420,8</b>	<b>8 679,2</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
<b>Total dotations régionales</b>	<b>8 794 392,5</b>	<b>39 351,2</b>	<b>417 885,9</b>	<b>14 148,1</b>	<b>317 521,8</b>	<b>-693,0</b>	<b>1 447,9</b>

## Annexe I - PSY

Ajustements de vecteur	Ajustements de vecteur	Ajustements de vecteur	Organisation, surveillance et coordination de la recherche	Conception des protocoles, gestion et analyse des données	Projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche clinique national (PHRCN)	Projets de recherche entrant dans le programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS)	Projets de recherche entrant dans le programme de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP)	Hop'en
Accompagnement à la transformation psychiatrie	Accompagnement à la transformation psychiatrie	Dotation recherche - PSY	Dotation recherche - PSY	Dotation recherche - PSY	Dotation recherche - PSY	Dotation recherche - PSY	Dotation recherche - PSY	Accompagnement à la transformation psychiatrie
		HORS OD	HORS OD	HORS OD	HORS OD	HORS OD	HORS OD	HORS OD
NR	R	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
7 811,3		157,2	362,8	89,3	131,1		50,0	
4 372,6	26,2							
1 718,5								
10 018,9						50,0		
5 243,2					77,9			633,6
1 490,0							42,2	
608,9								
6 037,3								
<b>37 300,7</b>	<b>26,2</b>	<b>157,2</b>	<b>362,8</b>	<b>89,3</b>	<b>209,0</b>	<b>50,0</b>	<b>92,2</b>	<b>633,6</b>
54,2								
54,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>37 354,9</b>	<b>26,2</b>	<b>157,2</b>	<b>362,8</b>	<b>89,3</b>	<b>209,0</b>	<b>50,0</b>	<b>92,2</b>	<b>633,6</b>

## Annexe I - PSY

Apporter une réponse plus adaptée aux besoins de soins urgents et non programmés – le volet psychiatrique du SAS	Renforcement de l'accueil familial thérapeutique pour les enfants et les adolescents	Unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP)	Offre graduée en santé mentale	VigilanS	VigilanS Expérimentation	Prise en charge médico-psychologique des mineurs de retour de zone de conflit	Plan de résorption des demandes de diagnostic en attente auprès des Centres de Ressources Autisme (CRA) - Appui ponctuel	Centres d'excellence Autisme et troubles du neuro-développement
Accompagnement à la transformation psychiatrie	Accompagnement à la transformation psychiatrie	Dotation activité spécifique - PSY	Dotation activité spécifique - PSY	Accompagnement à la transformation psychiatrie	Accompagnement à la transformation psychiatrie	Dotation activité spécifique - PSY	Dotation Populationnelle -PSY	Dotation activité spécifique - PSY
NR	NR	R	R	R	NR	NR	NR	NR
270,2	574,9			100,0		4,7	124,0	107,5
	667,5					4,7	25,4	
382,7	327,0						43,5	
	226,0					9,4	34,8	107,5
	273,0						19,5	
	355,1	14,3					54,4	107,5
	159,0				33,0	28,1	44,3	
	333,0	70,6	58,4			37,5	1 305,1	107,5
	168,9	33,0	29,2	36,0		9,4	58,7	
	356,3						134,1	
	507,2					16,4	164,4	107,5
	204,0						27,1	
	287,5					39,8	96,3	
<b>652,9</b>	<b>4 439,4</b>	<b>117,9</b>	<b>87,6</b>	<b>136,0</b>	<b>33,0</b>	<b>150,0</b>	<b>2 131,5</b>	<b>537,5</b>
	82,7						12,8	
	83,6						12,8	
	133,4						12,8	
348,8	79,2						30,1	
<b>348,8</b>	<b>378,9</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>68,5</b>	<b>0,0</b>
<b>1 001,7</b>	<b>4 818,3</b>	<b>117,9</b>	<b>87,6</b>	<b>136,0</b>	<b>33,0</b>	<b>150,0</b>	<b>2 200,0</b>	<b>537,5</b>

## Annexe I - PSY

Volet d'appui sanitaire aux unités résidentielles adultes autiste	Numéro national de prévention du suicide	Revalorisation des émoluments des MCU-PH et des PU-PH	Coopération hospitalière internationale	Majoration des sujétions de nuit PM	Mesures "Guérini" PM EPS	Mesures "Guérini" PNM EPS	Mesures ponctuelles
Accompagnement à la transformation psychiatrie	Dotation activité spécifique - PSY	Accompagnement à la transformation psychiatrie	Accompagnement à la transformation psychiatrie	Accompagnement à la transformation psychiatrie	Accompagnement à la transformation psychiatrie	Accompagnement à la transformation psychiatrie	Accompagnement à la transformation psychiatrie
R	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
150,0		15,3	107,0	953,9	754,4	12 726,5	-18,2
		5,3		281,0	279,4	6 526,3	-36,0
		5,3		373,0	365,5	7 517,8	-100,0
		3,1		290,0	241,3	5 793,8	
		9,2		43,3	36,1	995,7	
		9,9		395,3	658,4	14 080,2	-13,3
	-137,0	41,2		448,7	703,0	15 611,6	
	137,0	6,1		2 267,4	2 055,1	23 035,3	61,1
150,0		9,9	11,5	463,7	445,0	8 153,8	
	-391,2	9,2		667,5	767,6	15 868,3	
		4,6		388,7	513,7	10 225,5	
	391,2	8,4		431,7	391,4	9 007,9	
				17 927,3	3 834,6	10 272,9	
<b>300,0</b>	<b>0,0</b>	<b>127,4</b>	<b>118,5</b>	<b>24 931,4</b>	<b>11 045,4</b>	<b>139 815,6</b>	<b>-106,4</b>
				95,4	67,5	1 162,6	
				82,0	24,6	485,1	
		0,8		44,1	69,6	1 197,8	
		0,8		228,7	133,3	1 582,8	
<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>1,5</b>	<b>0,0</b>	<b>450,1</b>	<b>295,1</b>	<b>4 428,3</b>	<b>0,0</b>
<b>300,0</b>	<b>0,0</b>	<b>128,9</b>	<b>118,5</b>	<b>25 381,5</b>	<b>11 340,4</b>	<b>144 243,9</b>	<b>-106,4</b>

## Annexe I - PSY

Mesures ponctuelles	Mesures ponctuelles	Total délégations	Total dotation populationnelle psychiatrie	Total dotation nouvelles activités psychiatrie	Total dotation accompagnement à la transformation psychiatrie	Total dotation recherche psychiatrie	Total dotation activités spécifiques
Nouvelles activités	Accompagnement à la transformation psychiatrie						
NR	R						
	26,1	24 348,0	999 769,1	4 220,9	99 509,9	5 210,7	27 835,1
		7 903,6	400 082,3	2 118,2	22 457,4	278,0	4 749,7
		13 121,5	474 953,8	2 109,1	33 614,2	830,2	18 711,5
		8 424,3	309 706,5	2 114,9	23 293,9	278,0	9 407,5
		931,7	46 476,6	586,5	2 594,5	105,2	1 512,6
	785,3	17 946,4	707 039,5	2 966,6	64 812,4	960,0	58 782,2
		26 852,5	805 685,9	3 781,3	59 679,5	785,0	30 055,9
11,6		30 232,2	1 690 353,3	6 445,7	95 251,0	1 348,2	46 780,4
		14 647,1	461 380,7	2 402,0	34 344,0	636,4	14 217,2
		19 497,3	817 803,5	3 142,8	53 397,0	3 006,6	30 571,2
		12 150,3	696 636,8	3 678,6	41 534,9	492,4	23 034,0
		10 066,5	474 078,1	2 633,5	27 519,5	278,0	5 318,4
		38 895,2	609 631,6	2 649,2	58 421,9	479,2	38 760,0
11,6	811,5	225 016,7	8 493 597,6	38 849,3	616 430,2	14 687,9	309 735,6
		1 421,1	67 092,4		8 745,1	105,2	1 784,5
		688,1	45 559,2	303,5	1 658,7	105,2	1 074,2
		1 512,6	63 536,6		12 007,9	105,2	1 483,5
		2 403,7	126 113,8	210,0	6 714,1	105,2	4 337,0
0,0	0,0	6 025,5	302 302,0	513,5	29 125,8	420,8	8 679,2
11,6	811,5	231 042,2	8 795 899,5	39 362,8	645 556,0	15 108,7	318 414,8

## Annexe I - DAF MCO

Les montants sont en milliers d'euros

Région	BASE 2023	Aides ponctuelles - Aides exceptionnelles aux ES en difficulté	Le financement des activités de recours exceptionnel	Cellule de gestion des lits	Développement des staffs médico-psycho- sociaux en maternités	Hop'en	Plan national soins palliatifs fin de vie - Filières	Prises en charge en HAD de patients atteints de maladies neurodégénératives (PMND)	
N° MIG/AC/DAF		DAF MCO	DAF MCO	DAF MCO	DAF MCO	DAF MCO	DAF MCO	DAF MCO	
JPE/NR/R		NR	NR	NR	R	NR	NR	NR	
Auvergne-Rhône-Alpes									
Bourgogne Franche Comté									
Bretagne									
Centre Val de Loire									
Corse									
Grand Est									
Hauts-de-France									
Ile-de-France	3 468,3								
Normandie									
Nouvelle-Aquitaine									
Occitanie	8 828,6								
Pays de la Loire									
Provence-Alpes-Côte d'Azur									
<b>France métropolitaine</b>	<b>12 296,9</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	
Guadeloupe									
Guyane									
Martinique									
Mayotte	282 970,9	120,9	0,9	212,7	57,7	206,0	200,0	2,7	
La Réunion									
<b>DOM</b>	<b>282 970,9</b>	<b>120,9</b>	<b>0,9</b>	<b>212,7</b>	<b>57,7</b>	<b>206,0</b>	<b>200,0</b>	<b>2,7</b>	
<b>Total dotations régionales</b>	<b>295 267,8</b>	<b>120,9</b>	<b>0,9</b>	<b>212,7</b>	<b>57,7</b>	<b>206,0</b>	<b>200,0</b>	<b>2,7</b>	

## Annexe I - DAF MCO

Feuille de route Obésité	Renforcement de l'accueil familial thérapeutique pour les enfants et les adolescents	La mise en œuvre des missions des établissements de santé de référence	Majoration des sujétions de nuit PM	Mesures "Guérini" PM EPS	Mesures "Guérini" PNM EPS	Acquisition et maintenance des moyens des établissements de santé pour la gestion des SSE	Soutien aux établissements de santé pour les transports sanitaires hélicoptérés (hélicopter)	Total délégations	Total dotations
DAF MCO	DAF MCO	DAF MCO	DAF MCO	DAF MCO	DAF MCO	DAF MCO	DAF MCO		
NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR		
			42,7	6,5	48,3			97,5	3 565,8
0,0	0,0	0,0	42,7	6,5	48,3	0,0	0,0	97,5	12 394,4
83,5	181,7	20,0	494,2	254,0	3 201,0	53,2	480,0	5 568,5	288 539,4
83,5	181,7	20,0	494,2	254,0	3 201,0	53,2	480,0	5 568,5	288 539,4
83,5	181,7	20,0	536,8	260,4	3 249,3	53,2	480,0	5 666,0	300 933,8

## Annexe 1 - DAF SSR

Les montants sont en milliers d'euros

Région	BASE 2023	Ajustements de vecteur	Soutien exceptionnel à la recherche clinique et à l'innovation	Majoration des sujétions de nuit PM	Mesures "Guérini" PM EPS	Mesures "Guérini" PNM EPS	Hop'en	Total délégations	Total dotations
N° MIG/AC/DAF		DAF SSR	DAF SSR	DAF SSR	DAF SSR	DAF SSR	DAF SSR		
JPE/NR/R		NR	NR	NR	NR	NR	NR		
Auvergne-Rhône-Alpes	844 329,2	-20 514,5		31,6	315,8	9 005,3		-11 161,9	833 167,3
Bourgogne Franche Comté	256 314,0	-145,2		-283,5	129,7	3 726,0		3 427,1	259 741,0
Bretagne	420 745,5	230,9	15,2	-41,5	120,2	3 940,9		4 265,7	425 011,2
Centre Val de Loire	233 253,6	-139,5		81,2	122,5	3 021,7		3 085,9	236 339,5
Corse	24 790,8			-17,0	15,5	373,9		372,4	25 163,1
Grand Est	666 918,2			99,0	208,2	6 276,7		6 583,9	673 502,0
Hauts-de-France	655 427,6	20,2		-4,7	270,9	7 053,4		7 339,8	662 767,4
Ile-de-France	1 307 023,4	-1 024,6		513,5	435,1	13 755,8	296,0	13 975,8	1 320 999,2
Normandie	318 124,8	1 612,6		612,3	145,5	3 964,2		6 334,6	324 459,4
Nouvelle-Aquitaine	567 523,7			-145,4	205,5	6 836,0		6 896,2	574 419,9
Occitanie	517 284,7	-973,8		133,4	219,1	6 352,0	374,0	6 104,7	523 389,4
Pays de la Loire	408 148,0			27,8	118,5	4 271,7		4 418,1	412 566,1
Provence-Alpes-Côte d'Azur	362 713,2	-647,0		-89,8	100,5	3 044,6		2 408,2	365 121,5
<b>France métropolitaine</b>	<b>6 582 596,6</b>	<b>-21 580,8</b>	<b>15,2</b>	<b>916,9</b>	<b>2 406,9</b>	<b>71 622,2</b>	<b>670,0</b>	<b>54 050,4</b>	<b>6 636 647,0</b>
Guadeloupe	39 714,3			29,4	29,7	713,5		772,6	40 486,9
Guyane	3 023,6			16,2	6,6	121,3		144,0	3 167,6
Martinique	60 156,1	-119,7		-15,3	39,0	1 313,3		1 217,3	61 373,5
Mayotte	0,0			0,0		0,0			0,0
La Réunion	34 134,1			8,8	15,1	438,7		462,6	34 596,7
<b>DOM</b>	<b>137 028,1</b>	<b>-119,7</b>	<b>0,0</b>	<b>39,0</b>	<b>90,4</b>	<b>2 586,8</b>	<b>0,0</b>	<b>2 596,6</b>	<b>139 624,7</b>
<b>Total dotations régionales</b>	<b>6 719 624,7</b>	<b>-21 700,5</b>	<b>15,2</b>	<b>956,0</b>	<b>2 497,3</b>	<b>74 209,0</b>	<b>670,0</b>	<b>56 646,9</b>	<b>6 776 271,7</b>

## Annexe 1 - MIGAC SSR

Les montants sont en milliers d'euros

Région	BASE 2023	Ajustements de vecteur	Ajustements de vecteur	Ajustements de vecteur	Projets de recherche entrant dans le programme de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP)	Hop'en	MIG réinsertion professionnelle (COMETE)
N° MIG/AC/DAF		AC SSR	AC SSR	MIG SSR	MIG SSR	AC SSR	MIG SSR
JPE/NR/R		NR	R	JPE	V08	NR	V02
		NR	R	JPE	JPE	NR	JPE
Auvergne-Rhône-Alpes	47 710,8	21 815,0					
Bourgogne Franche Comté	19 454,9	145,2	56,2				
Bretagne	13 665,9	-13,0			50,0		
Centre Val de Loire	16 796,2	73,9					145,0
Corse	3 203,3						
Grand Est	33 577,9						
Hauts-de-France	37 420,5	1 500,1					
Ile-de-France	76 468,4	1 024,6				786,1	
Normandie	21 219,4			20,4		44,0	
Nouvelle-Aquitaine	28 173,1						
Occitanie	44 936,0	1 328,3					
Pays de la Loire	8 777,4						
Provence-Alpes-Côte d'Azur	52 992,7	1 442,8					
<b>France métropolitaine</b>	<b>404 396,5</b>	<b>27 316,8</b>	<b>56,2</b>	<b>20,4</b>	<b>50,0</b>	<b>830,1</b>	<b>145,0</b>
Guadeloupe	4 612,1						
Guyane	1 502,3						
Martinique	2 336,5	158,4					
Mayotte							
La Réunion	7 113,4						
<b>DOM</b>	<b>15 564,2</b>	<b>158,4</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
<b>Total dotations régionales</b>	<b>419 960,7</b>	<b>27 475,2</b>	<b>56,2</b>	<b>20,4</b>	<b>50,0</b>	<b>830,1</b>	<b>145,0</b>

## Annexe 1 - MIGAC SSR

Unités cognitivo-comportementales (UCC)	Coopération hospitalière internationale	Mesures ponctuelles		
MIG SSR	AC SSR	MIGAC SSR		
V13				
JPE	NR	NR		
55,7				
	15,0			
	14,5			
	20,0			
		44,3		
<b>55,7</b>	<b>49,5</b>	<b>44,3</b>		
<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>		
<b>55,7</b>	<b>49,5</b>	<b>44,3</b>		
			<i>Total délégations</i>	<i>Total dotations</i>
			21 870,8	69 581,5
			201,3	19 656,2
			52,0	13 717,9
			233,4	17 029,7
				3 203,3
			20,0	33 597,9
			1 500,1	38 920,6
			1 855,0	78 323,4
			64,4	21 283,8
				28 173,1
			1 328,3	46 264,2
				8 777,4
			1 442,8	54 435,5
			<b>28 568,0</b>	<b>432 964,5</b>
				4 612,1
				1 502,3
			158,4	2 494,9
				7 113,4
			<b>158,4</b>	<b>15 722,6</b>
			<b>28 726,4</b>	<b>448 687,1</b>

## Annexe 1 - USLD

Les montants sont en milliers d'euros

Région	BASE 2023	Ajustements de vecteur	Ajustements de vecteur	Mesures "Guérini" PM EPS	Mesures "Guérini" PNM EPS
N° MIG/AC/DAF		USLD	USLD	USLD	USLD
JPE/NR/R		NR	R	NR	NR
Auvergne-Rhône-Alpes	159 811,7	100,4		52,0	4 503,8
Bourgogne Franche Comté	56 389,2			21,6	1 716,6
Bretagne	62 991,6	63,9	-56,6	27,2	1 945,7
Centre Val de Loire	52 599,4	-28,1		16,6	1 596,0
Corse	8 411,4			6,3	425,0
Grand Est	116 729,0			38,6	3 123,0
Hauts-de-France	116 163,1	27,8		51,4	3 553,3
Ile-de-France	228 146,5			74,5	4 951,1
Normandie	66 007,7	-224,9		26,2	2 509,1
Nouvelle-Aquitaine	134 387,6			52,0	4 425,6
Occitanie	131 389,5		-4,6	49,7	4 239,4
Pays de la Loire	70 307,6			18,8	2 600,4
Provence-Alpes-Côte d'Azur	71 405,8	363,2		22,4	1 795,9
<b>France métropolitaine</b>	<b>1 274 740,2</b>	<b>302,3</b>	<b>-61,2</b>	<b>457,3</b>	<b>37 384,9</b>
Guadeloupe	11 163,3			4,7	367,4
Guyane	1 423,6			0,9	57,4
Martinique	7 579,9			4,3	186,5
Mayotte					0,0
La Réunion	4 871,7			1,0	129,3
<b>DOM</b>	<b>25 038,5</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>10,9</b>	<b>740,6</b>
<b>Total dotations régionales</b>	<b>1 299 778,6</b>	<b>302,3</b>	<b>-61,2</b>	<b>468,2</b>	<b>38 125,5</b>

## Annexe 1 - USLD

Mesures ponctuelles	Total délégations	Total dotations
USLD		
R		
9,9	4 656,1	164 467,8
	1 748,1	58 137,4
	1 980,2	64 971,8
	1 584,5	54 183,9
	431,4	8 842,8
	3 161,6	119 890,6
	3 632,5	119 795,6
	5 025,6	233 172,1
	2 310,4	68 318,1
	4 477,6	138 865,2
	4 284,5	135 674,0
	2 619,1	72 926,8
	2 181,5	73 587,3
9,9	<b>38 093,3</b>	<b>1 312 833,4</b>
	372,1	11 535,4
	58,3	1 481,9
	190,8	7 770,7
		0,0
	130,3	5 002,0
0,0	<b>751,5</b>	<b>25 790,0</b>
9,9	<b>38 844,7</b>	<b>1 338 623,4</b>

## Annexe 1 - DOT\_POP URGENCES

Les montants sont en milliers d'euros

Région	Dotation Populationnelle SU-SMUR
Montant	
JPE/NR/R	
Auvergne-Rhône-Alpes	348 724,9
Bourgogne Franche Comté	162 835,9
Bretagne	142 631,0
Centre Val de Loire	133 068,4
Corse	30 806,1
Grand Est	266 937,1
Hauts-de-France	294 248,4
Ile-de-France	550 205,5
Normandie	183 881,8
Nouvelle-Aquitaine	292 856,6
Occitanie	257 916,5
Pays de la Loire	140 549,8
Provence-Alpes-Côte d'Azur	257 794,3
<b>France métropolitaine</b>	<b>3 062 456,3</b>
Guadeloupe	31 198,5
Guyane	21 842,1
Martinique	22 086,4
Mayotte	
La Réunion	40 897,0
<b>DOM</b>	<b>116 023,9</b>
<b>Total dotations régionales</b>	<b>3 178 480,3</b>

## Annexe II. Mesures relatives aux ressources humaines

### 1. Formation des assistants de régulation médicale (AC NR)

La formation d'assistant de régulation médicale (ARM), délivrée par les centres de formation agréés par le ministère a été en majeure partie financée en première circulaire via une dotation de 11 000 € par structure + une dotation de 8 000 € par élève admis en cursus complet.

La somme versée en deuxième circulaire pour les porteurs d'un centre de formation des assistants de régulation médicale (CFARM) agréé correspond à un ajustement de la dotation pour le nombre d'élèves (8000 € / élève), pour compléter le financement de tous les CFARM sur la base du nombre de places agréées pour une formation complète. Il convient de noter qu'à compter de 2024, le financement se fera désormais sur la base du nombre de places effectivement occupées par des élèves en formation initiale complète.

Par ailleurs, le complément de financement versé par la présente circulaire à hauteur de **0,9 M€** permet également de prendre en compte les conséquences de l'arrêté du 18 juillet 2023 modifiant l'arrêté du 19 juillet 2019 relatif à la formation conduisant au diplôme d'assistant de régulation médicale et à l'agrément des centres de formation d'assistant de régulation médicale qui crée une indemnité de stage de 36 € par semaine pour les apprenants pendant la durée des stages réalisés au cours de leur formation, que ces stages interviennent en session initiale ou de rattrapage ou à titre complémentaire. Le complément de financement versé pour 2023 se base également sur le nombre de places agréées et non un strict calcul du nombre de places effectivement pourvues par des élèves en formation initiale complète, comme ce sera le cas à compter de 2024.

### 2. Transition écologique (AC NR)

La présente circulaire alloue près de **8 M€** de crédits non reconductibles destinés au financement de 151 postes de conseillers en transition énergétique et écologique en santé (CTEES) dont la mission est d'accompagner les acteurs hospitaliers dans la mise en œuvre des dispositions de la Loi Elan et du décret tertiaire en matière d'économie d'énergie. Cette mesure n° 14 relève du Pilier 2 du Ségur de la santé pour accélérer la transition écologique à l'hôpital.

Les CTEES aident les établissements à poser un diagnostic énergétique et à diminuer leur empreinte carbone. Le réseau des coordinateurs est animé par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP). Ces crédits permettront aux groupements d'établissements de financer un poste de CTEES sur la base d'un coût annuel de 65 K€.

Il est rappelé que ces crédits sont conditionnés à l'envoi par l'établissement porteur de la preuve du recrutement et du maintien en poste du CTEES pour la période concernée. L'utilisation des crédits délégués fera l'objet d'une évaluation en N+1 à transmettre à la DGOS.

### **3. Prolongation de la majoration de l'indemnité de sujétion de nuit et des heures de nuit pour les personnels non médicaux (PNM) et des gardes pour les personnels médicaux (PM) (tous vecteurs NR)**

Les indemnités de sujétion de nuit et heures de nuit des personnels non médicaux ainsi que les indemnités de sujétions des personnels médicaux, des personnels hospitalo-universitaires (HU) et des étudiants de troisième cycle des études de médecine, pharmacie et odontologie, correspondant au temps de travail effectué dans le cadre des obligations de service hebdomadaires la nuit, le samedi après-midi, le dimanche ou jour férié, ont fait l'objet de plusieurs majorations successives au cours de l'année 2022, puis en début d'année 2023. La majoration de ces indemnités de sujétion est prolongée jusqu'au 31 décembre 2023.

Le coût de cette mesure est estimé à **676 M€** en année pleine pour les PM et PNM. Compte tenu des crédits déjà délégués en 1<sup>ère</sup> circulaire 2023, un complément de **144 M€** est alloué dans la présente circulaire.

Ce versement complémentaire vient régulariser la délégation initiale réalisée sur la base de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) 2021. Il convient de calculer le financement total qui aurait été dû à l'établissement si la délégation avait été faite en une fois et sur la seule base de la SAE 2022 et de verser le solde.

Les crédits délégués sont répartis au prorata des équivalents temps plein (ETP) des personnels médicaux, hospitalo-universitaires et des étudiants de 3<sup>ème</sup> cycle (Q21) et des personnels non médicaux (Q24) par région et par secteur d'activité de la SAE 2022.

### **4. Mesures transversales à la fonction publique dites « GUÉRINI »**

Une partie du financement des mesures transversales à la fonction publique annoncées le 12 juin dernier par le ministre de la transformation et de la fonction publiques est allouée dans la circulaire pour un montant total de **1 013 M€**.

Cette délégation intègre pour les établissements publics (EPS) la revalorisation de 1,5 % du point d'indice dès le 1<sup>er</sup> juillet 2023, la majoration du remboursement au titre du transport pour l'ensemble des personnels médicaux (y compris étudiants du 3<sup>ème</sup> cycle) et non médicaux et pour les personnels non médicaux le rehaussement en points, la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat ainsi que la reconduction de la garantie individuelle de pouvoir d'achat (GIPA) en 2023.

Les crédits délégués sont répartis au prorata des ETP des personnels non médicaux (Q24) et des personnels médicaux (Q21) de la SAE 2022 par région et par champ d'activité (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO]), soins de suite et de réadaptation [SSR], psychiatrie [PSY], unité de soins de longue durée [USLD]) des EPS.

### **5. Revalorisation des émoluments hospitaliers des personnels enseignants et hospitaliers titulaires des centres hospitaliers et universitaires**

Les nouvelles grilles d'émoluments hospitaliers des personnels enseignants et hospitaliers titulaires des centres hospitaliers et universitaires sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022, en application du décret n° 2021-1645 du 13 décembre 2021 relatif au personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires et de l'arrêté du 23 décembre 2021 modifiant l'arrêté du 15 juin 2016 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé.

Ces émoluments ont été revalorisés selon les modalités suivantes :

- Les deux premiers échelons de la grille des MCU-PH ont été supprimés et deux nouveaux échelons en sommet de grille ont été créés ;
- Le premier échelon de la grille des PU-PH a été supprimé et un nouvel échelon en sommet de grille a été créé.

Le coût de cette mesure est estimé à 10 M€ en année pleine, dont près de **5 M€** au titre de la deuxième circulaire.

Les crédits ont été délégués pour moitié en 1<sup>ère</sup> circulaire budgétaire, au prorata des équivalents temps plein de personnels enseignants et hospitaliers affectés dans les CHU et par voie de convention, dans toute autre structure, par région et par champ d'activité. La seconde partie des crédits est déléguée dans le cadre de cette 2<sup>ème</sup> circulaire budgétaire.

## Annexe III. Plans et mesures de santé publique

Cette annexe présente les principales délégations opérées à ce titre dans le cadre de la présente circulaire.

### I. Le pacte de refondation des urgences

#### Cellule de gestion des lits (AC NR)

La présente circulaire intègre une délégation de **35 M€** au titre de la gestion des lits. Cette délégation 2023 intervient dans la continuité des crédits déjà versés à ce titre entre 2020 et 2022. Conformément à l'instruction n° DGOS/R2/2023/103 du 26 juin 2023 relative à la mise en place de plans d'actions territoriaux pour fluidifier les parcours d'aval des urgences en prévision de l'été, elle vise à renforcer l'accompagnement à la mise en place d'une gestion territoriale des lits d'aval sous la responsabilité de l'ARS ainsi que la mise en place obligatoire de la fonction de « gestionnaire des lits » dans tous les établissements de santé sièges de services d'urgence.

### II. Le plan national maladies rares

Plus de **16 M€** de crédits supplémentaires sont alloués dans la présente circulaire, ce qui porte la consommation de l'enveloppe annuelle à 171 M€.

Les **16 M€** délégués se concentrent sur les trois MIG portant des actions phares du troisième Plan national maladies rares (PNMR3) :

- **Plateforme d'expertise (MIG F21 JPE) : 5,1 M€** sont destinés au financement pour deux ans des 19 plateformes d'expertise dans le domaine des maladies rares suite aux appels à projets 2020 et 2021 pour leur mise en œuvre prévue dans l'action 10.6 du troisième Plan national maladies rares (PNMR3). Couvrant l'ensemble du territoire national, ces plateformes ont notamment pour objectifs de renforcer l'articulation inter-filières et de mutualiser des ressources sur des missions transversales aux centres maladies rares. Ce financement, destiné à couvrir deux années de fonctionnement des plateformes, a été revu en fonction des nouveaux périmètres régionaux issus des résultats de l'appel à projets 2022 pour la labellisation des centres de référence pour la prise en charge des maladies rares (CRMR) :
  - entre 6 et 14 CRMR, la plateforme perçoit pour deux ans 111 400 € ;
  - entre 15 et 25 CRMR, la plateforme perçoit pour deux ans 222 800 € ;
  - si plus de 25 CRMR, la plateforme perçoit pour deux ans 334 200 €.
- **Base de données maladies rares (MIG F22 JPE) : 7,1 M€** sont destinés à financer les moyens dédiés aux bases de données maladies rares. En fonction du nombre de CRMR et de centres de compétence maladies rares (CCMR) issus des résultats de la nouvelle labellisation, un soutien au remplissage de BaMaRa compris entre 60 K€ et 240 K€ est attribué aux établissements des plateformes d'expertise maladies rares et des plateformes de coordination en Outre-mer ainsi qu'aux filières de santé maladies rares (FSMR). Ce soutien exceptionnel est destiné au recrutement de moyens en attaché de recherche clinique (ARC) ou en technicien d'études cliniques (TEC) pour le remplissage des bases de données maladies rares.

- **L'appui à l'expertise maladies rares (MIG F23 JPE) : 3,9 M€** sont destinés à financer l'appui à l'expertise et aux actions de formation portées par les filières de santé maladies rares (FSMR). Conformément à l'action 9.2 du PNMR3 qui prévoit de renforcer la politique de formation, les 23 FSMR se voient attribuer 100 K€ pour couvrir deux années de formation. Ces crédits devront être fléchés sur les thématiques suivantes : situations d'urgence et complexes (handicaps, déficience intellectuelle, douleurs chroniques, etc.), médecine de ville, jeunes médecins et jeunes patients (transition enfants-adultes), patients experts en partenariat avec les associations, médecine génomique, éthique en santé pour le grand public, les malades, les aidants et les professionnels, formations nationales et européennes aux maladies rares avec des outils et des *process* innovants (*e-learning*, *MOOC*, *Webinar*, vidéos, tutoriels, etc.). L'utilisation des crédits délégués, fait l'objet d'une évaluation en N+1 transmise à la DGOS.

Ces crédits permettent également de déléguer **1,2 M€** aux 23 FSMR en proportion de leur pourcentage d'évolution de CRMR. Ces moyens supplémentaires compris entre 15 K€ et 90 K€ par FSMR permettent de soutenir l'actualisation ou des nouveaux protocoles nationaux de diagnostic et de soins (PNDS) ainsi que l'actualisation ou des nouveaux programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) ou encore à financer les outils consacrés aux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP).

Une aide exceptionnelle et non reconductible de **0,4 M€** a été attribuée à la filière FILSLAN pour le soutien à une action pilote sur le lien ville-hôpital dans le champ des maladies rares. Ainsi, la filière FILSLAN va mener une expérimentation d'une nouvelle organisation de coordination de santé assurant un parcours sans rupture et des soins les plus adaptés aux besoins des personnes atteintes de sclérose latérale amyotrophique (SLA) et de leurs proches dans la région Auvergne-Rhône-Alpes. Cette expérimentation donnera lieu à bilan à un an et à une réflexion sur la possible diffusion à de nouvelles régions et à d'autres FSMR.

### III. Plan national sur les maladies neurodégénératives

#### Développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) pour les personnes atteintes de maladies neurodégénératives (AC NR)

**7,6 M€** sont délégués en non reconductibles aux établissements d'HAD afin de lever les freins tarifaires à la prise en charge des patients atteints de maladies neurodégénératives. Le périmètre est précisé dans la fiche technique diffusée en 2018 sur le site du ministère de la santé et de la prévention. La répartition interrégionale de la dotation est calculée au prorata de l'activité des établissements d'HAD en 2022 pour les prises en charge concernées.

### IV. Les mesures pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie

#### Assistants spécialistes « médecine palliative » (AC NR)

Le financement alloué par la présente circulaire s'établit à **0,2 M€** sur la base d'un coût annuel brut de 58 K€ par poste d'assistant spécialiste « médecine palliative ». Ces crédits sont destinés à financer 13 affectations au sein d'équipes de soins palliatifs, pour des prises de poste ayant lieu en mai ou en novembre 2023.

## **Plan national « développement des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie » (AC R)**

### **- Projets recherche soins palliatifs-chefs de clinique (AC NR)**

L'appel à projets de recherche en soins palliatifs a été renouvelé en février 2023, pour l'affectation transitoire d'emplois de chef de clinique des universités-assistants des hôpitaux à compter de novembre 2023. Quatre candidats ont été retenus, dont la rémunération hospitalière est financée par la DGOS à hauteur de 46 K€ par emploi et par an, soit un montant total de près de **0,2 M€**, pour la période de novembre 2023 à octobre 2024.

La seconde année des trois candidats retenus à l'issue de l'édition « 2022 » de l'appel à projets fait l'objet d'une délégation à hauteur de **0,1 M€**, pour la période de novembre 2023 à octobre 2024.

La présente circulaire alloue ainsi **0,3 M€** de crédits non reconductibles à ce titre.

### **- Accompagnement des équipes spécialisées dans le cadre des filières de soins palliatifs (AC NR)**

Dans la suite de l'instruction interministérielle n° DGOS/R4/DGS/DGCS/2023/76 du 21 juin 2023 relative à la poursuite de la structuration des filières territoriales de soins palliatifs dans la perspective de la stratégie décennale 2024-2034, les délégations visent à soutenir les équipes existantes et à développer leur activité. Ils peuvent également être employés pour créer des structures complémentaires nouvelles selon les besoins qui auront été identifiés à l'échelle des territoires et sur l'appui des préconisations inscrites dans les référentiels joints à l'instruction.

La présente circulaire alloue ainsi **8,5 M€** à ce titre.

### **- Postes MCU médecine palliative (AC NR)**

4 postes sont affectés, dans les régions Île-de-France, Bretagne, Hauts-de-France et Pays de la Loire et financés à hauteur de leur part hospitalière, pour un montant total de **0,2 M€**.

## **V. Les mesures relatives à la périnatalité et à la collecte, conservation et distribution des produits d'origine humaine**

### **Les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN) - MIG F12 JPE**

Les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal ont pour missions de :

- Favoriser l'accès à l'ensemble des activités de diagnostic prénatal et d'assurer leur mise en œuvre en constituant un pôle de compétences cliniques et biologiques au service des patients et des praticiens ;
- Donner des avis et conseils, en matière de diagnostic, de thérapeutique et de pronostic ;
- Poser l'indication de recourir au diagnostic préimplantatoire ;
- Organiser des actions de formation.

Le modèle de financement mis en place les années précédentes a été maintenu et est construit sur plusieurs niveaux forfaitaires alloués aux centres en fonction d'un score lié à l'activité :

- Niveau 1 : 215 749 € ;
- Niveau 2 : 258 049 € ;
- Niveau 3 : 312 049 € ;
- Niveau 4 : 366 049 € ;
- Niveau 5 : 420 049 €.

Ce score est fondé sur les indicateurs suivants : nombre de dossiers, nombre d'attestations de gravité, nombre d'actes d'imagerie spécialisés, nombre de prélèvements à visée diagnostique, nombre de gestes thérapeutiques.

Depuis 2018, une dotation complémentaire totale de 150 000 € a été mise en place pour tenir compte du niveau d'expertise de certains centres. Elle s'appuie sur un score de complexité obtenu en moyennant les différents critères hors nombre de dossiers.

Depuis 2019, l'année de référence pour le calcul de cette mission d'intérêt général (MIG) est l'année N-2 (N-3 auparavant).

La dotation qui vous est allouée au titre de cette mission s'élève à **16 M€**.

### Les centres de diagnostic préimplantatoire (CDPI) – MIG, F13, JPE

Le diagnostic préimplantatoire comprend les activités suivantes :

- Le prélèvement cellulaire sur l'embryon obtenu par fécondation in vitro ;
- Les examens de cytogénétique, y compris moléculaire sur la ou les cellules embryonnaires ;
- Les examens de génétique moléculaire sur la ou les cellules embryonnaires.

La MIG a pour objet de compenser les charges non facturables liées à la pratique de ce diagnostic. En 2018, un modèle travaillé en collaboration avec les centres a été mis en place afin d'améliorer la prise en compte de l'activité des centres de DPI, par une meilleure appréciation des coûts supportés, et de contribuer à réduire les délais d'attente des couples. Ce modèle a introduit des paliers d'activité, basés sur le nombre de cycles débutés l'année N-2 en vue d'une ponction d'ovocytes dans le cadre du DPI, et intègre désormais un complément des 5 nouvelles maladies explorées en génétique moléculaire (maladies nécessitant la mise au point d'un test génétique) :

- De 50 à 99 cycles : 263 K€ et par palier de 50 cycles débutés à partir de 100 cycles : 188 K€ ;
- Par palier de 5 nouvelles maladies en génétique moléculaire : 14 K€.

Ce modèle a été affiné afin de sécuriser un financement socle des centres tout en renforçant la prise en compte de la dynamique d'activité par des paliers plus fins. À partir de 2023 il s'appuie sur le nombre de cycles débutés l'année N-1. Le modèle affiné mis en œuvre cette année est ainsi le suivant :

- Jusqu'à 225 cycles : 935 K€ et par palier de 25 cycles débutés à partir de 226 cycles : 103 K€ ;
- Par palier de 5 nouvelles maladies en génétique moléculaire : 18 K€.

La dotation qui vous est allouée par la présente circulaire s'élève à près de **7 M€**.

### Prélèvement et stockage de sang placentaire (MIG, J04, JPE)

Le sang placentaire est l'une des trois sources de cellules souches hématopoïétiques (CSH) utilisées en allogreffe. Il provient du sang de cordon prélevé au moment de la naissance. Chaque banque de sang placentaire travaille au sein d'un réseau composé d'un nombre variable de maternités autorisées avec lesquelles elle a signé une convention. Ces maternités peuvent être publiques ou privées, et, dans tous les cas, assurent des prélèvements de sang de cordon conformes aux exigences du Réseau français de sang placentaire (RFSP) piloté par l'Agence de la biomédecine (ABM). La dotation MIG consiste à rémunérer un nombre de prélèvements de sang de cordon, basé sur l'activité constatée l'année N-1 par maternité (données fournies aux ARS et à l'ABM). En 2018, le modèle a évolué vers une meilleure prise en compte de la qualité, en intégrant le taux de conformité des prélèvements réalisés dans le calcul de la dotation aux maternités, à travers un système de modulation par bonus/malus (prélèvements égaux ou supérieurs à 80 ml).

La MIG permet de compenser les charges imputables à l'activité de prélèvement de sang de cordon des maternités. Le montant alloué est fonction du nombre de prélèvements réalisés l'année N-1 transmis par les maternités au RFSP et colligés par l'Agence de la biomédecine. Sont rémunérés par la MIG, les surcoûts non facturables correspondant à l'activité de prélèvement de sang de cordon : information, recueil de consentement, traçabilité, imprimés et documentation, prélèvement du sang de cordon, kit de prélèvement et petits consommables, suivis de l'état de santé de l'enfant et de la mère après la naissance, coûts de structure. Aucun paiement ne peut être demandé à la donneuse (principe de la neutralité financière pour le donneur vivant, article L. 1211-4 et R. 1211-2 et suivants du Code de la santé publique).

Par ailleurs, une subvention est accordée aux banques de sang placentaire, évaluée en fonction des charges de production des unités de sang placentaire.

Pour l'exercice 2023, le montant de la MIG sang placentaire est de près de **2 M€**.

### **Développement des staffs médico-psychosociaux en maternité à l'appui d'un parcours coordonné et gradué au retour à domicile en post-partum (mesure du plan 1000 jours) - (AC MCO R)**

Le chantier gouvernemental des «1000 jours premiers jours de l'enfant» prévoit de systématiser la visite à domicile après accouchement et de développer l'accompagnement à domicile des parents en situation de vulnérabilité afin de conforter le développement de l'enfant et le lien parent-enfant.

Les staffs médico-psychosociaux des maternités examinent les situations de vulnérabilité des femmes enceintes ou ayant accouché, pour mieux organiser le suivi coordonné des acteurs : ces réunions pluridisciplinaires permettent d'échanger sur des situations à risque, de réfléchir à l'adaptation des conduites à tenir au cas par cas, de préparer la sortie de maternité et le suivi postnatal en complémentarité avec les autres professionnels. Ils ont vocation, avant la sortie d'hospitalisation, à évaluer le niveau de besoin d'accompagnement des familles à domicile dans le champ médical, psychologique ou social et à organiser le relais avec les acteurs de l'accompagnement (PMI notamment). Ils doivent permettre de susciter, renforcer et valoriser la continuité et la cohérence des interventions en périnatalité en formalisant un cadre de travail pluriprofessionnel et pluripartenarial coordonné autour des situations de vulnérabilités médico-psychosociales.

Ces staffs médico-psychosociaux doivent être renforcés dans leur triple composante de compétences médicale, sociale et psychologique (sages-femmes, assistantes sociales, psychologues...). En effet, ces dispositifs n'existent pas dans l'ensemble des maternités et leurs moyens sont parfois insuffisants. L'absence de valorisation de l'activité qu'ils assurent (analyse de dossiers, coordination d'acteurs) n'est pas incitative à leur mise en place. De plus, les équipes devront porter une attention particulière à l'accompagnement des futurs parents en situation de handicap.

Pour permettre d'accentuer leur déploiement et garantir ainsi que chaque parcours de périnatalité puisse accéder à une analyse de ses besoins d'accompagnement avant la sortie de maternité, un soutien financier pérenne des établissements a été apporté à hauteur de 11 millions d'euros depuis 2021. La délégation des crédits entre régions a été effectuée en fonction de la part régionale des naissances.

Des crédits complémentaires d'un montant de **4 M€** sont délégués en 2<sup>ème</sup> circulaire 2023, selon les mêmes critères.

## Surcoûts cliniques et biologiques de l'assistance médicale à la procréation (MIG MCO, J02, JPE)

L'assistance médicale à la procréation (AMP) s'entend des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, la conservation des gamètes, des tissus germinaux et des embryons, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle (art. L. 2141-1 du Code de la santé publique).

Relèvent d'un financement au titre de cette MIG, les surcoûts cliniques et biologiques de l'AMP, de l'AMP en contexte viral, du don de gamètes, de l'accueil d'embryon et de la préservation de la fertilité non couverts par les tarifs. Le financement par la MIG est attribué aux établissements de santé en fonction des autorisations détenues et de l'activité clinico-biologique réalisée.

La MIG AMP, remodelisée en 2023 conformément aux engagements pris suite à la publication de la loi de bioéthique (LBE) de 2022, comporte désormais un 7<sup>ème</sup> compartiment relatif à la préservation non médicale de la fertilité. Les montants sont calculés sur la base de l'activité de l'année N-1 depuis 2022 suite aux modifications intervenues dans le cadre de la LBE. À noter que l'exhaustivité et la qualité des données transmises à l'Agence de la biomédecine (registre national des fécondations in vitro - FIV) sont une condition d'attribution de la MIG.

Le montant de la MIG AMP s'élève en 2023 à plus de **33 M€**.

## VI. Les missions de veille sanitaire, de prévention et de gestion des risques sanitaires exceptionnels

### Mise en œuvre des missions des établissements de santé de référence – MIG 002 (JPE)

Le renforcement des missions de référence à l'échelon national et régional est poursuivi notamment dans la perspective des grands événements sportifs à venir. Sont financés à ce titre :

- La constitution d'une équipe nationale pour le risque épidémique et biologique (REB) positionnée pour partie dans chacun des établissements de santé de référence nationaux pour le REB pour un montant de **0,1 M€** ;
- Le renforcement de l'astreinte opérationnelle de biologie pour les établissements de santé de référence régionaux pour le REB pour un montant de **0,4 M€** ;
- Une mission nationale pour l'appui à la planification ORSAN (organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles) pour l'évaluation du capacitaire de prise en charge d'un afflux massif de patients dans le système de santé et l'aide à la régulation médicale, pour un montant de **0,1 M€** ;
- La création d'une mission nationale de coordination pour le risque nucléaire et radiologique, avec pour objectif l'animation du réseau des établissements de santé de référence et l'appui des professionnels de santé à la prise en charge des patients exposés à ces agents, pour un montant de plus de **0,2 M€** ;
- La création d'une mission nationale de coordination pour le risque toxique, avec pour objectif l'animation du réseau des établissements de santé de référence et l'appui des professionnels de santé à la prise en charge des patients exposés aux agents toxiques, pour un montant de plus de **0,2 M€**.

La présente circulaire alloue ainsi plus de **2 M€** de crédits non reconductibles.

## Acquisition et maintenance des moyens zonaux des établissements de santé pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles- MIG 003 (JPE)

Le renforcement des moyens des établissements de santé pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles est poursuivi notamment dans la perspective des grands événements sportifs à venir pour un montant de **13 M€**.

## Les cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP)- MIG Q05 (JPE)

Le financement des CUMP renforcées des départements 30 et 81 est alloué dans la présente circulaire pour un montant total de **0,5 M€**.

## VII. Autres mesures de santé publique

### Les structures d'étude et de prise en charge de la douleur chronique (SDC) (MIG P04 JPE)

La délégation de **0,1 M€** vise à financer 2 mois de formation (novembre et décembre 2023) par poste d'assistants-spécialistes douleur (9,6 K€/assistant) dans 4 ARS.

### Centre national ressource douleur (CNRD) (MIG H08 JPE)

Le Centre national de ressource douleur (CNRD) reçoit une dotation de **0,4 M€** dans la présente circulaire.

### Les centres d'implantation cochléaire et du tronc cérébral (MIG F09 JPE)

La MIG F09 « centres de référence d'implantation cochléaire et du tronc cérébral » vise à financer, après la pose d'un implant cochléaire ou du tronc cérébral, certaines activités réalisées dans le cadre de la réhabilitation (rééducation et suivi) des patients, non couvertes par le droit commun (via des actes inscrits à la nomenclature et facturables en ambulatoire). La réhabilitation des patients doit impérativement suivre la pose d'un implant. Il s'agit d'une prise en charge de longue durée, parfois durant toute la vie du patient. Elle est réalisée au sein des centres de référence.

Le modèle de financement appliqué pour la MIG F09 est identique à celui appliqué en 2022. Pour rappel, ce modèle évalue les coûts induits par l'activité de réhabilitation, ainsi que la file active de patients à prendre en compte.

Ont été pris en compte le temps personnel mobilisé pour chacune des activités identifiées dans cadre de la réhabilitation des patients, en fonction des différentes périodes de suivi définies (1<sup>ère</sup> année post-implantation, entre 12 et 24 mois post-implantation, le suivi long terme et pour la pédiatrie une transition vers les adultes). À partir de ces éléments, un coût annuel moyen par patient, et par période de suivi a été obtenu. La MIG F09 est versée annuellement et calculée au regard de la file active moyenne de patients implantés sur les 4 dernières années.

Les modalités d'éligibilité au financement restent les mêmes en 2023. Pour bénéficier de la MIG F09, les centres doivent atteindre les seuils minimums d'activité ci-dessous, appréciés en nombre de patients implantés et atteints au moins une fois sur l'activité des 4 dernières années :

- un nombre d'implantations annuel supérieur à 20 pour les centres adultes ;
- un nombre d'implantations annuel supérieur à 10 pour les centres pédiatriques ;
- un nombre d'implantations annuel supérieur à 20, dont au moins 10 implantations réalisées chez l'enfant, pour les centres mixtes (adultes-enfants).

Le nombre d'implantations annuelles par centre est déterminé grâce aux données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). La répartition de l'enveloppe se base sur les données de pose d'implants issues du PMSI de 2019 à 2022.

La présente circulaire délègue un montant national de 8 M€ au titre de cette MIG.

### **Coopération hospitalière internationale - MIG R05 JPE**

La MIG « Coopération hospitalière internationale » a vocation à soutenir les dynamiques de coopération internationale des établissements de santé français.

La présente circulaire délègue **1,1 M€** de crédits non reconductibles à ce titre dont une enveloppe supplémentaire de 0,3 M€ pour soutenir des projets de coopération entre des établissements français et ukrainiens. Cette délégation se décompose comme suit :

- Un appel à manifestation d'intérêt spécial Ukraine, dont 9 projets ont été retenus pour un montant total **0,2 M€**. Une dernière délégation aura lieu en 3<sup>ème</sup> circulaire afin de pouvoir financer le cas échéant trois autres projets encore en cours d'instruction ;
- Un autre appel à projets pour la coopération internationale dont 47 projets ont été retenus (sur 71 dossiers qui ont été reçus) pour un montant total de **0,9 M€**.

À noter qu'une délégation complémentaire destinée à soutenir les projets qui seront déposés entre le 08/09 et le 15/10/2023 sera attribuée en 3<sup>ème</sup> circulaire.

### **Les dépenses spécifiques liées à la prise en charge odontologique des patients atteints de pathologies compliquant cette prise en charge dans les centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires (CSERD) - MIG U03 (JPE)**

Une dotation complémentaire d'un montant de plus **0,02 K€** est allouée à l'ARS Bourgogne-France-Comté afin de financer les surcoûts liés à la prise en charge odontologique des patients atteints de pathologies compliquant cette prise en charge. Le calcul de la dotation se base sur les données 2022.

### **La mise à disposition par l'établissement de santé de moyens au bénéfice des centres de préventions et de soins et des maisons médicales mentionnées à l'article L. 162-3 du Code de la sécurité sociale - MIG K02 (R)**

En complément du financement attribué en première circulaire, un montant de **3 M€** est délégué à l'ARS Guyane visant à accompagner la montée en charge de trois CDPS qui ont vocation à évoluer en « hôpitaux de proximité ».

### **Feuille de route 2019-2022 « Prise en charge des personnes en situation d'obésité » AC (NR)**

Un montant total de crédits à hauteur de **3,1 M€** est alloué par la présente circulaire budgétaire pour accompagner l'organisation des filières pour la prise en charge des personnes en situation d'obésité. Ils visent notamment à soutenir les centres spécialisés d'obésité, qui participent à la structuration, à l'organisation et au développement de ces filières et que l'ARS peut désigner en qualité d'opérateur pour coordonner l'animation des filières.

### Traitements coûteux hors liste en sus en HAD (AC NR)

La présente circulaire délègue **6,9 M€** en crédits AC non reconductibles aux établissements d'HAD sur la base des données recueillies au titre du premier semestre 2023 via l'enquête FICHCOMP, mise en place par l'instruction n° DGOS/R4/2020/149 du 28 août 2020 relative aux traitements coûteux hors liste en sus consommés dans les établissements d'hospitalisation à domicile. La répartition interrégionale de la dotation a été réalisée, comme les années précédentes, au prorata des consommations remontées par les établissements d'HAD sur la base du prix d'achat par unité commune de dispensation (UCD), après analyse et retraitement réalisés par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Des crédits complémentaires seront délégués en 1<sup>ère</sup> circulaire budgétaire 2024, et répartis en fonction des données d'activité de l'année entière 2023.

### Équipes pédiatriques régionales référentes « enfance en danger » pour la prise en charge des enfants victimes de violences (action 7 du plan 2020-2022 de lutte contre les violences faites aux enfants) – AC MCO (R)

Dans la continuité de la délégation en 1<sup>ère</sup> circulaire budgétaire 2023 et conformément à l'instruction n° DGOS/R4/R3/R2/2021/220 du 3 novembre 2021 relative à la structuration de parcours de soins pour les enfants victimes de violences, des crédits sont délégués afin de poursuivre la structuration territoriale des équipes régionales référentes « enfance en danger » qui font l'objet de cette mesure.

Après la délégation de crédits 2021 qui portait sur la constitution ou la consolidation d'une équipe par région, des crédits ont été déployés en 2022 à hauteur de 1,1M€ de crédits reconductibles pour des équipes supplémentaires. En complément des crédits délégués en 1<sup>ère</sup> circulaire 2023, la présente délégation vient concerner la région Corse pour plus de **0,1 M€**.

Cette délégation vient compléter la délégation initialement perçue pour leur équipe existante afin de la renforcer, en lieu et place des deux équipes initialement prévues sur le périmètre de la région. Cette équipe unique aura vocation à assurer le soutien de l'ensemble des unités d'accueil pédiatrique des enfants en danger (UPAED) de la région.

### Unité d'accueil et de soins des patients sourds en langue des signes (MIG K03 R)

La mission des unités d'accueil et de soins des patients sourds en langue des signes (UASS) consiste à offrir aux personnes sourdes, confrontées à des difficultés ou des défauts de soins dans le dispositif de droit commun, un accueil adapté à leur handicap, à leur faciliter et leur garantir un égal accès aux soins à l'instar de la population en général, à les informer et les accompagner dans leur parcours de soins, notamment lors de consultations spécialisées.

La présente circulaire délègue **0,3 M€** des crédits en raison de l'activité constatée dans deux régions.

## VIII. Les mesures liées aux urgences

### ANTARES (AC NR)

ANTARES est un réseau numérique national de radiocommunication utilisé par les services publics concourant aux missions de sécurité civile (notamment les sapeurs-pompiers et le Service d'aide médicale urgente - SAMU). La loi n° 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile (art. 9) pose le principe de l'interopérabilité des réseaux de communication radioélectriques et des systèmes d'information des services publics qui concourent aux missions de sécurité civile. Les SAMU ont été assimilés à des services publics concourant aux missions de sécurité civile par le décret n° 2006-106 du 3 février 2006.

L'arrêté modificatif de l'arrêté du 10 mai 2011 portant répartition des contributions financières des services utilisateurs de l'infrastructure nationale partageable (INPT) fixe à 1,5 M€ le montant devant être versé annuellement pour l'ensemble des SAMU au titre du fonctionnement du réseau. Un établissement est désigné en tant qu'établissement pivot par lequel transite ladite contribution et permet au Ministère de la santé et de la prévention de s'acquitter de sa redevance annuelle auprès du Ministère de l'Intérieur.

Aussi la présente circulaire verse **1,5 M€** à ce titre.

### **AML (Advanced Mobile Location) (AC NR)**

L'AML (Advanced Mobile Location) est un service de géolocalisation d'urgence utilisant la technologie GPS des smartphones. Lorsque l'appelant compose un numéro d'appel d'urgence, le terminal de l'appelant envoie au centre chargé de la réception de cette communication, automatiquement et sans action supplémentaire de sa part, toutes les informations de géolocalisation dont il dispose, au moyen d'un SMS.

Cette technologie participe ainsi à la réalisation de l'objectif fixé par l'article 109-6 de la directive n° 2018-1972 du 11 décembre 2018 établissant le Code des communications électroniques européen, qui oblige les États membres à veiller à la transmission effective des données de géolocalisation par les opérateurs. C'est dans ce contexte qu'en 2019, l'Agence du numérique de la sécurité civile (ANSC) a été chargée du développement du service AML. La mise en service est effective sur l'ensemble des départements de la France métropolitaine pour les numéros 15 et 112 en ce qui concerne les téléphones sous Android et pour le numéro 112 en ce qui concerne les téléphones sous iOS.

Comme tous les services bénéficiant de l'AML, le ministère chargé de la santé, au titre des SAMU, participe au financement global du service au prorata du volume d'appels d'urgence reçus. La contribution annuelle pour l'année 2023 s'élève à **0,2 M€**, conformément à l'actualisation de la répartition des appels reçus entre les services.

### **Réseau interministériel de l'État (RIE) dans les SAMU**

Afin d'accéder de façon optimale au cœur de réseau du dispositif de télécommunication des services d'urgence « Réseau radio du futur », le déploiement du réseau interministériel d'État doit être amorcé dans les SAMU. La Direction du numérique des ministères chargés des affaires sociales est chargée du déploiement dans les établissements de santé au profit des SAMU. La présente circulaire alloue **0,3 M€** de crédits pour 2023.

## **IX. Les mesures liées aux détenus**

### **Les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) - MIG T03 (R)**

Des crédits sont délégués pour le financement de l'activité somatique d'unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) au sein de 5 établissements pénitentiaires concernés par des opérations immobilières (ouverture, extension...). Ces crédits reconductibles sont délégués aux établissements de santé de rattachement, au prorata des dates d'ouverture pour un total de **0,3 M€**.

ARS	Établissement pénitentiaire	Date d'ouverture prévisionnelle
Normandie	Maison d'arrêt d'If	Novembre 2023
Grand Est	Centre pénitentiaire de Troyes Lavau	Décembre 2023
IDF	Centre de détention de Fleury	Décembre 2023
	SAS d'Osny	Novembre 2023
	SAS de Meaux	Novembre 2023

### Les unités sanitaires en milieu pénitentiaire – Activité psychiatrique (compartiment activités spécifiques) (R)

Des crédits sont délégués pour le financement de l'activité psychiatrique de ces mêmes USMP, là aussi au prorata de la date prévisionnelle d'ouverture des établissements pénitentiaires concernés (supra).

La présente circulaire alloue **0,1 M€** en crédits reconductibles en psychiatrie.

### Offre graduée en santé mentale (compartiment activités spécifiques) (R)

Trois centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) entreront en service d'ici fin 2023. Des crédits reconductibles sont délégués aux établissements de santé de rattachement afin de financer leur fonctionnement, au prorata de leur date d'ouverture à hauteur de **0,1 M€**.

## Annexe IV.

### Mesures spécifiques à la psychiatrie et aux soins médicaux et de réadaptation

Cette annexe a pour objet de vous présenter les mesures spécifiques en faveur des activités de psychiatrie et de soins médicaux et de réadaptation (SMR).

## Les crédits alloués aux activités de psychiatrie

### 1. Centres d'excellence autisme et troubles du neuro-développement (activités spécifiques NR)

La stratégie nationale autisme au sein des troubles du neuro-développement prévoit la mise en place d'un réseau de centres d'excellence. L'objectif est d'établir, grâce à ces centres un continuum entre l'expertise diagnostique et thérapeutique, la recherche préclinique et clinique et la formation universitaire.

La présente circulaire alloue **0,5 M€** de crédits non reconductibles à ce titre. Ces centres d'excellence feront l'objet d'une évaluation.

### 2. Plan de résorption des demandes de diagnostic en attente auprès des Centres de ressources autisme (CRA)-(dotation populationnelle NR)

La réduction des délais d'accès au diagnostic est un objectif majeur de la Stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement. Cet objectif répond par ailleurs à une attente forte et légitime des personnes et des familles.

Au regard des enjeux d'amélioration du fonctionnement des CRA, la Direction interministérielle à la transformation publique (DITP) a mené en 2019 une mission d'appui ciblée sur l'identification des causes et des leviers d'actions susceptibles de réduire les délais d'accès à un diagnostic et sur la détermination des bases d'un parcours plus fluide pour les usagers.

À l'issue de la remise de ce rapport, les CRA, en lien étroit avec les ARS, ont élaboré des plans d'action visant à optimiser leur organisation, recruté et formé des professionnels pour constituer des équipes en renfort. Les délais d'accès au diagnostic ont commencé à se résorber (-135 jours en moyenne au niveau national) mais au regard de l'augmentation du nombre de demandes de diagnostics reçues, il convient de poursuivre la dynamique enclenchée par l'attribution de moyens pérennes.

Des moyens complémentaires sont ainsi attribués aux CRA par la présente circulaire, à hauteur de **2,2 M€** afin de consolider la trajectoire.

Les critères de répartition sont basés sur les besoins d'appui identifiés dans le rapport de la DITP et fonction du nombre de nouvelles demandes reçues.

Les CRA bénéficient, dans cette démarche, d'un appui du Groupement national des centres de ressources autisme (GNCRA) pour mener à bien la poursuite du plan de résorption et la structuration pérenne d'un dispositif permettant d'éviter la reconstitution des files d'attente.

### 3. Volet d'appui sanitaire aux unités résidentielles adultes autiste (accompagnement à la transformation R)

Dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement 2018-2022, il est prévu la mise en place d'unités de vie résidentielles pour des personnes adultes avec des troubles du spectre de l'autisme (TSA), souvent associés à des comorbidités relevant d'autres troubles du neuro-développement (TND) en situation très complexe.

Ces unités résidentielles résultent d'un projet médico-social co-construit étroitement avec le secteur sanitaire.

Afin de soutenir cette co-élaboration, il est prévu un appui sanitaire qui se traduit par :

- Un soutien à l'accès aux soins somatiques ;
- Une continuité de la prise en charge psychiatrique si nécessaire ;
- Le partage de pratiques et d'expertises entre sanitaire et médico-social ;
- Un appui spécifique en situation de crise.

Ainsi, l'instruction interministérielle n° DIA/DGCS/SD3B/DGOS/R4/CNSA/A1-3/2021/134 du 24 juin 2021 relative au déploiement de ces unités de vie résidentielles pour adultes autistes prévoit dans son annexe 4 la mise en œuvre d'un volet d'appui et de coopération sur le versant sanitaire.

Ce volet de coopération sanitaire est en conséquence assorti de crédits prévus pour les dispositifs d'appui sanitaire portés par des établissements de santé (ES) et des établissements de santé autorisés en psychiatrie (EPSM), dès 2021 pour les premières unités résidentielles mises en œuvre.

L'appui et la coopération sanitaires de ces unités médico-sociales doivent faire l'objet de conventions en prévoyant précisément les modalités décidées entre les parties selon les 4 axes définis dans l'annexe 4 de l'instruction présentant le cahier des charges et notamment, en sus du soutien à l'accès aux soins somatiques :

- Une continuité de la prise en charge comportementale ou psychiatrique si nécessaire : celle-ci peut par exemple, combiner selon la pertinence, l'offre et les possibilités du territoire, l'intervention du secteur de psychiatrie, le recours possible aux dispositifs experts en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), une mise à disposition de temps médical par l'EPSM, l'intervention d'une équipe mobile, le recours à des dispositifs de télémédecine ;
- Le partage de pratiques et d'expertises entre les secteurs sanitaire et médico-social qui peut se traduire par exemple par la mise à disposition de temps médical d'appui par l'EPSM au sein de l'unité résidentielle, l'intervention d'une équipe mobile ;
- Un appui spécifique en situation de crise qui peut résulter par exemple d'un renfort de l'établissement de santé autorisé en psychiatrie concerné par la gestion des périodes de crise (hospitalisation / urgences).

La présente circulaire délègue **0,3 M€** de crédits reconductibles en soutien à l'ouverture de deux unités de vie résidentielles pour adultes autistes en situation très complexe.

#### **4. Apporter une réponse plus adaptée aux besoins de soins urgents et non programmés – le volet psychiatrique du Service d'accès aux soins (SAS)(accompagnement à la transformation NR)**

La mesure 20 des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie consacre la nécessité d'apporter une réponse adaptée aux besoins de soins urgents et non programmés en développant un volet psychiatrie du Service d'accès aux soins (SAS) général. L'objectif initial de la mesure était de mettre en œuvre de façon expérimentale un volet psychiatrique du SAS dans 5 départements. Un appel à projets a donc été réalisé parmi les 22 SAS pilotes.

En 2022, 8 projets ont été retenus. Cette année, ce sont 4 projets supplémentaires du volet psychiatrique du SAS qui font l'objet d'un financement.

Les projets sont financés avec une proratisation sur 6 mois pour l'année 2023, pour un montant total de **1 M€**.

#### **5. Renforcement de l'accueil familial thérapeutique pour les enfants et les adolescents (accompagnement à la transformation NR)**

Dans le cadre des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie qui se sont tenues en septembre 2021, une mesure a été annoncée pour le renforcement de l'accueil familial thérapeutique (AFT) pour les enfants et les adolescents.

L'accueil familial thérapeutique offre à des patients adultes ou enfants pour lesquels le retour à domicile n'est pas possible une alternative à l'hospitalisation et leur permet d'engager une phase de réadaptation ou d'acquisition d'une certaine autonomie dans un milieu familial dans lequel ils pourront tisser des liens sociaux et affectifs. Les patients restent suivis par une équipe de psychiatrie.

L'objectif est de créer ou de renforcer 100 places d'AFT pour les enfants et les adolescents, à travers l'organisation d'un appel à manifestation d'intérêt par les ARS.

La mesure bénéficie de **5 M€** qui ont été répartis selon trois critères :

- Une base de 50 k€ pour l'ensemble des régions ;
- Auxquels s'ajoute un montant de 50 k€ pour chaque département non pourvu en offre d'AFT pour enfants et adolescents ;
- Auxquels s'ajoute la répartition du reliquat en faveur des régions sous-dotées sur la base du ratio nombre de places existantes / population de mineurs

#### **6. Prise en charge médico-psychologique des mineurs de retour de zone de conflit (activités spécifiques NR)**

L'instruction du Premier ministre du 23 février 2018 définit les modalités de prise en charge et d'accompagnement adaptées à la situation des mineurs de retour de zones d'opérations de groupements terroristes intégrant le bilan somatique et médico-psychologique, le suivi le cas échéant.

Plusieurs mineurs ont été pris en charge et poursuivent désormais un suivi spécifique dans leur région d'habitation. Des mineurs continuent par ailleurs d'arriver de zones de conflit, principalement en Île-de-France, où ils bénéficient d'un bilan médico-psychologique et d'une initiation de prise en charge.

La présente circulaire alloue près de **0,2 M€** de crédits non reconductibles complémentaires aux crédits délégués en première circulaire, répartis selon les remontées d'activité de bilans des établissements de santé dans les régions concernées. Ces crédits correspondent aux bilans et aux suivis médico-psychologiques au long cours de ces mineurs.

### **7. Vigilans : poursuite du déploiement du dispositif Vigilans de recontact des personnes ayant fait une tentative de suicide, dans les suites de leur sortie des urgences ou d'une hospitalisation (accompagnement à la transformation R)**

Cette mesure s'inscrit dans le cadre de la généralisation du dispositif Vigilans, de sorte à couvrir la totalité de la population française (cf. décision du ministre de janvier 2018 lors du Comité national de la santé mentale et de la psychiatrie). Elle finance ainsi le renforcement de centres Vigilans en ARS Auvergne-Rhône-Alpes et Normandie pour un montant total de **0,14 M€**.

### **8. Vigilans : expérimentation (accompagnement à la transformation NR)**

Financement de l'évaluation du dispositif en milieu carcéral dans le cadre de l'expérimentation menée en Hauts-de-France pour **0,03 M€** délégués dans la présente circulaire.

## **Les crédits alloués aux activités de soins médicaux et de réadaptation (SMR)**

---

### **1. Unités cognitivo-comportementales (UCC) (MIG V13 JPE)**

La délégation de crédits de près de **0,1 M€** correspond au financement d'une nouvelle UCC au sein de la région Auvergne-Rhône-Alpes sur 3 mois, afin de compléter l'offre sur les territoires.

### **2. Réinsertion professionnelle en soins de suite et de réadaptation (MIG V02 JPE)**

La dotation MIG réinsertion professionnelle en soins de suite et de réadaptation permet de financer des équipes pluridisciplinaires dédiées à la réinsertion professionnelle de patients hospitalisés en SSR. La délégation concerne un établissement SMR de la région Centre-Val de Loire pour un montant de **0,1 M€**.

## Annexe V. Innovation, recherche et référence

### 1. Projets de recherche

La première tranche de financement des projets de recherche sélectionnés au titre de la campagne 2023 est déléguée au titre des programmes de recherche suivants :

- recherche clinique (PHRC-N) ;
- recherche sur la performance du système de soins (PREPS) ;
- recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) ;
- recherche médico-économique (PRME) ;
- recherche clinique hospitaliers dédiés aux maladies infectieuses émergentes et réémergentes (ReCH-MIE).

La première tranche de financement des projets de recherche translationnelle en santé (PRT-S) sélectionnés au titre de la campagne 2023 est également déléguée dans le cadre de cette circulaire.

Les projets de recherche sélectionnés en 2021 et dans les années antérieures sont financés en fonction de leur avancement.

Le total des financements délégués pour ces projets de recherche s'élève à **21,1 M€** dont **0,4 M€** sont alloués en dotation recherche en psychiatrie et **0,05 M€** en SSR.

Un fichier détaillant l'ensemble des financements délégués par projet de recherche et par établissement est mis en ligne sur le site du ministère chargé de la santé : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/innovation-et-recherche/l-innovation-et-la-recherche-clinique/merri>.

### 2. Missions d'appui à la recherche et à l'innovation

L'allocation au titre de ces missions d'appui s'effectue en 2023 à modèle constant pour les établissements. Ces missions sont abondées de crédits supplémentaires suite aux accords du Ségur de la santé.

Dans le cadre de cette seconde circulaire budgétaire, 2 missions sont financées comme indiqué ci-dessous :

- La mission « Organisation, surveillance et coordination de la recherche » (D23), recouvre une partie des missions dévolues aux délégations à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI), ainsi que le financement des 7 centres d'excellence pour la recherche sur les maladies neurodégénératives (près de **1 M€** au total). Pour les DRCI, 51 établissements de santé ou groupements de coopération sanitaire (GCS) sont identifiés dans le cadre du modèle de répartition de la dotation. Au total, cette dotation s'élève à **65 M€** (dont près de **1 M€** pour les centres d'excellence) dont **0,4 M€** sont alloués en dotation recherche en psychiatrie ;

- La mission « Conception des protocoles, gestion et analyse des données » (D24) regroupe les autres missions dévolues aux délégations à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI). Cette dotation est allouée à 51 établissements de santé ou GCS, identifiés de la même manière que pour la mission précédente, à hauteur de **16 M€** dont **0,1 M€** sont alloués en dotation recherche en psychiatrie.

### 3. Financement de l'innovation

#### ACTES HORS NOMENCLATURES (MIG G03 JPE) :

La dotation totale au titre de la Mission d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) relative aux actes hors nomenclatures (HN) de biologie médicale et d'anatomocytopathologie (G03) s'élève cette année à **506 M€** (hors SSA).

Une dotation de **246 M€** au titre de la MERRI relative aux actes hors nomenclatures (G03) a été déléguée dans le cadre de la 1<sup>ère</sup> circulaire budgétaire 2023.

Dans le cadre de la présente circulaire, **260 M€** sont délégués aux établissements de santé (hors SSA). Les dotations 2023 sont calculées en fonction de l'activité 2022.

La dotation déléguée en 2<sup>ème</sup> circulaire budgétaire 2023 correspond donc à la dotation ainsi calculée retranchée de l'avance versée en 1<sup>ère</sup> circulaire budgétaire 2023.

### 4. Soutien exceptionnel à la recherche et à l'innovation (SERI) (MIG JPE D20)

Au titre du soutien exceptionnel, la dotation de **3 M€** déléguée par la présente circulaire dont :

- **2,2 M€** pour financer l'avancée de projets de recherche liés au COVID-19 ;
- **0,8 M€** pour financer l'avancée d'autres projets de recherche.

### 5. Plan France médecine génomique (AC NR)

Des crédits sont alloués en 2<sup>ème</sup> circulaire à hauteur de **11,3 M€** se décomposant en une dotation de **5 M€** déléguée au GCS SeqOIA et une dotation de **6,3 M€** déléguée au GCS AURAGEN.

### 6. Missions de référence

La mission d'intérêt général relative au financement des activités de recours exceptionnel (C03) a vocation à prendre en charge des activités rares de recours ultraspecialisées identifiées par un ou plusieurs actes CCAM (classification commune des actes médicaux) classant(s) mais dont les coûts sont insuffisamment couverts par les tarifs.

Le recensement auprès des établissements de l'activité au titre des techniques chirurgicales et interventionnelles éligibles au recours exceptionnel et celui des surcoûts moyens estimés permettent de répartir une dotation totale de **61 M€** entre 257 établissements de santé.

## Annexe VI. Investissements hospitaliers

Cette annexe a pour objet de vous présenter les délégations allouées au titre de l'investissement des établissements de santé.

### 1. Cybersécurité et plan d'accompagnement des établissements désignés comme opérateurs de services essentiels (OSE) (AC NR)

La DGOS soutient la mise en œuvre de plans d'actions et de remédiation auprès des établissements de santé désignés OSE. Ces financements seront octroyés aux établissements OSE ayant réalisé au moins un des deux audits : audit de cybersurveillance du CERT santé et/ou audit ADS de l'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information (ANSSI) et ayant élaboré et lancé les plans d'action de réduction des vulnérabilités identifiées suite à ces audits.

La présente circulaire alloue ainsi **7 M€** de crédits non reconductibles au titre de la réalisation de ces plans d'action par les établissements OSE éligibles.

### 2. E-parcours (AC NR)

À titre exceptionnel, le montant de **0,8 M€** est délégué dans la présente circulaire pour accompagner le déploiement de projets d'interopérabilité (flux identité/mouvement entre les établissements et les outils de coordination et standardisation et mise en œuvre d'appels contextuels depuis les logiciels de cabinet en ville pour accéder aux outils de coordination) avec les groupements régionaux d'appui au développement de la e-santé (GRADEs).

### 3. SIMPHONIE (AC NR)

Dans le cadre de l'optimisation de la chaîne Accueil-Facturation-Recouvrement comme précisé dans l'instruction n° DGOS/PF/2018/146 du 14 juin 2018 relative à l'accompagnement des établissements de santé pour la mise en œuvre du programme SIMPHONIE (simplification du parcours administratif hospitalier par la numérisation des informations échangées), la somme de **2,2 M€** est allouée dans la présente circulaire au titre du programme SIMPHONIE (FIDES, ROC, CDRi, Diapason...).

### 4. VIGILANS (AC NR)

Des crédits à hauteur de **0,1 M€** sont délégués à destination de centres Vigilans ciblés en vue d'accompagner le recrutement ou la mise à disposition de personnel pour réaliser la reprise de données entre l'ancien système Vigilans et le nouveau système d'information.

### 5. Programme HOPEN (tous vecteurs NR)

Le programme HOP'EN prévoit l'octroi d'un soutien financier aux établissements de santé publics, privés à but lucratif et non lucratif éligibles. Ce soutien a pour objectif d'accompagner les établissements de santé en récompensant l'utilisation effective du système d'information par les professionnels de santé.

Le soutien financier est versé aux établissements ayant atteint les cibles d'un ou plusieurs domaines prioritaires et dont l'atteinte, prérequis et cibles du domaine prioritaire (indicateurs et pièces justificatives pertinentes téléchargées sur oSIS), a été validée par l'ARS. Les modalités du volet financement du programme HOP'EN sont détaillées dans l'instruction n° DGOS/PF5/2019/32 du 12 février 2019 relative au lancement opérationnel du programme HOP'EN.

La présente circulaire alloue **32,7 M€** de crédits non reconductibles au titre de l'atteinte des cibles d'usage.

## 6. Entrepôt de données de santé (AC NR)

La DGOS soutient l'accompagnement à la mise en œuvre et au renforcement d'entrepôts de données de santé hospitaliers avec des financements relevant de l'aide à la contractualisation. Ces financements sont octroyés aux établissements lauréats de l'appel à projets « Accompagnement et soutien à la constitution d'entrepôts de données de santé hospitaliers », lancé dans le cadre de la Stratégie accélération santé numérique. Les conditions générales de financement sont fixées dans le cahier des charges publié par BPI France et seront détaillées pour les fenêtres 1 et 2 dans une note d'information à paraître prochainement.

La présente circulaire alloue ainsi **4,3 M€** de crédits complémentaires aux établissements ayant fait l'objet d'une sélection dans cet appel à projets (2<sup>ème</sup> fenêtre).

## 7. Anciens plans d'investissement nationaux (Hôpital 2007-Hôpital 2012) et réemploi des crédits débasés (R et NR)

Les montants annoncés dans le cadre de la mesure « Anciens plans d'investissement nationaux et réemploi des crédits débasés (R et NR) », dans la circulaire n° DGOS/R1/2023/70 du 6 juin 2023 relative à la première campagne tarifaire et budgétaire 2023 des établissements de santé, sont ajustés par la présente circulaire à hauteur de **5,7 M€ en R** et **-5,7 M€ en NR**, afin de tenir compte de l'application du taux de conversion MIGAC (mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation), tel que prévu par la circulaire n° DHOS/F/O/DSS/1A/2005/119 du 1<sup>er</sup> mars 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale.

## Annexe VII. Accompagnements et mesures ponctuelles

Cette annexe a pour objet de vous présenter les délégations allouées au titre d'accompagnements ou de mesures ponctuelles.

### I. Délégation expérimentation liste en sus (AC NR)

L'arrêté du 28 août 2019 relatif à l'expérimentation faisant évoluer les modalités de la connaissance de l'utilisation et de la prise en charge des médicaments onéreux administrés par les établissements de santé, dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, a proposé un nouveau modèle de prise en charge des molécules onéreuses dans 5 établissements de santé pendant une période maximale de 3 ans.

Il s'agit à la fois de permettre une meilleure connaissance des conditions d'utilisation de ces traitements par les équipes hospitalières et des possibilités d'amélioration, fondées principalement sur la comparaison des pratiques, ainsi que de dégager de plus grandes marges de manœuvre dans le recours à ces traitements.

L'expérimentation est structurée autour de deux axes :

- la connaissance affinée de l'utilisation des médicaments onéreux et l'identification des évolutions pouvant le cas échéant y être apportées ;
- l'évolution des conditions de prise en charge des molécules onéreuses (tant sur leur périmètre que sur les modalités de financement).

Ce nouveau modèle de prise en charge est financé à travers une dotation versée aux établissements de santé expérimentateurs selon une fréquence mensuelle pour la moitié de la dépense inhérente aux molécules onéreuses, et au regard des facturations auprès de l'assurance maladie obligatoire pour la seconde moitié.

Ainsi, un total de **1,9 M€** est alloué en 2<sup>ème</sup> circulaire.

### II. Accompagnement des établissements les plus impactés suite aux radiations 2023 (AC NR)

Certains médicaments et dispositifs médicaux radiés de la liste en sus le 1<sup>er</sup> mars 2023 bénéficient dorénavant d'une prise en charge au titre des tarifs des prestations d'hospitalisation.

Pour l'année 2023, en l'absence de réintégration de la dépense liste en sus relative à ces produits de santé dans les tarifs des prestations d'hospitalisation, les établissements du secteur MCO les plus impactés par les radiations ont été accompagnés par délégation de crédits non reconductibles en 1<sup>ère</sup> circulaire budgétaire (AC).

Certains établissements éligibles n'ont pas été accompagnés en 1<sup>ère</sup> circulaire budgétaire c'est pourquoi il est procédé à une délégation de crédits non reconductibles à hauteur de **0,2 M€** en 2<sup>ème</sup> circulaire.

### III. Le soutien exceptionnel aux établissements de santé en difficulté (NR)

À titre exceptionnel, un accompagnement à hauteur de **254 M€** est versé par cette circulaire, toutes enveloppes de financement confondues, en crédits non reconductibles afin d'accompagner les établissements de santé dans leurs difficultés de trésorerie.

Les aides en trésorerie nationales sont des aides ponctuelles d'urgence destinées à répondre à un risque imminent de rupture de trésorerie pour des établissements particulièrement fragiles mettant en risque le paiement des salaires et/ou ayant des délais de paiement extrêmement longs.

Ces crédits sont désormais « régionalisés » sur la base d'un nouveau modèle de répartition par région sans fléchage national par établissements, afin de donner une plus grande marge de manœuvre aux ARS.

L'utilisation des crédits délégués fera l'objet d'une évaluation par la DGOS.

### IV. Forfaits CAR-T Cells (AC NR)

Dans le cadre des prises en charge thérapeutiques de patients requérant un traitement par Car-T cells, il est tenu compte d'un surcoût pour ces séjours.

**Pour 2022 et jusqu'au 28 février 2023**, chaque séjour pour lequel un patient a été traité par injection de Car-T cells, a été codé et classé selon la fonction groupage. Chaque séjour a ainsi été valorisé à la hauteur du niveau de sévérité dont il relevait.

Pour tous les séjours de patients requérant un traitement par Car-T cells, les molécules mentionnées doivent être identifiées par la présence d'un des codes des unités communes de dispensation (UCD) inscrit dans les référentiels LES (liste en sus) et AAP (autorisation d'accès précoce).

Afin de couvrir le surcoût associé à ce séjour, à la valorisation GHS s'ajoute un complément forfaitaire d'un montant de 15 000 € pour l'ensemble des spécialités à base de CAR-T cells dans les indications de leur autorisation de mise sur le marché (AMM). Ce complément est versé en crédits AC non reconductibles. Ce complément forfaitaire sera versé aux établissements détenteurs d'une autorisation.

Depuis le 1<sup>er</sup> mars 2023, le complément forfaitaire est remplacé par un supplément au séjour (CTC) permettant de lier ce versement directement à l'acte d'injection, évitant le décalage de versement. Les travaux de calibrage du montant de ce supplément sont en cours.

Ainsi, une délégation de **6,4 M€** est opérée via la 2<sup>ème</sup> circulaire budgétaire 2023 pour les établissements autorisés et couvre les dépenses inhérentes aux séjours correspondant au mois de décembre de l'année 2022 et aux mois de janvier et février au titre de l'année 2023. (Source PMSI : août 2023).

## V. Soutien aux établissements de santé au titre de leur activité de transports sanitaires hélicoptérés (AC NR)

De fortes tensions dans l'exécution des marchés de transports sanitaires hélicoptérés (HéliSMUR) sont apparues, notamment en lien avec le contexte inflationniste marqué. Des travaux ont été menés ces derniers mois avec les ARS, les établissements détenteurs de marchés et les opérateurs HéliSMUR afin d'aboutir à une prise en compte des difficultés économiques actuelles dans le cadre de l'exécution des contrats et de verser une indemnité aux ARS dans le cadre de la 2<sup>ème</sup> circulaire budgétaire.

Cette démarche a vocation à solder les demandes de révision de prix présentées par les établissements et leurs opérateurs pour 2023. Les montants délégués par ARS correspondent à un calcul de montant plafond par base HéliSMUR, qui permettra aux établissements de santé ou groupements porteurs de marchés de prévoir l'indemnisation des opérateurs HéliSMUR.

Cette dernière sera versée dans le respect de la circulaire de la Première ministre du 29 septembre 2022 relative à l'exécution des contrats de la commande publique, et après transmission des justificatifs par l'opérateur.

Par ailleurs, cette délégation prend en compte les évolutions d'équipements ou d'organisation de certaines bases HéliSMUR pour 2023 (jumelles vision nocturne, évolution amplitudes horaires...).

Ainsi, la présente circulaire alloue **30,4 M€** de crédits non reconductibles à ce titre.



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

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**NOTE D'INFORMATION N° DGOS/PF4/2023/163** du 19 octobre 2023 relative à l'appel à projets de recherche Données de santé et Applications (DAAtAE) pour l'année 2023

Le ministre de la santé et de la prévention

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux  
des agences régionales de santé (ARS)

Copie à :

Mesdames et Messieurs les directeurs  
d'établissements de santé

<b>Référence</b>	NOR : SPRH2327364N (numéro interne : 2023/163)
<b>Date de signature</b>	19/10/2023
<b>Emetteur</b>	Ministère la santé et de la prévention Direction générale de l'offre de soins
<b>Objet</b>	Appel à projets de recherche Données de santé et Applications (DAAtAE) pour l'année 2023.
<b>Contacts utiles</b>	Sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins Bureau innovation et recherche clinique Ornellia MOPHAWÉ Tél. : 01 40 56 44 59 Mél. : <a href="mailto:ornellia.mophawe@sante.gouv.fr">ornellia.mophawe@sante.gouv.fr</a> Contact opérateur : Health data hub <a href="mailto:aap-datae@health-data-hub.fr">aap-datae@health-data-hub.fr</a>
<b>Nombre de pages et annexes</b>	8 pages + 6 annexes (22 pages) Annexe I : Statut de mise en conformité avec le cadre réglementaire en vigueur (autorisation CNIL, conformité au référentiel CNIL, conformité en cours d'établissement) Annexe II : Informations que doit contenir le dossier de candidature complet. Annexe III : Grille budgétaire Annexe IV : Schéma des modalités de suivi budgétaire des projets. Annexe V : Fiche de suivi de projet Annexe VI : Glossaire

<b>Résumé</b>	La présente note lance la campagne 2023 de l'appel à projets de recherche concernant l'exploitation des entrepôts de données de santé « DATAE ». Cet appel à projets vise à dynamiser la production de connaissances à partir de la réutilisation de données issues d'entrepôts de données de santé (EDS) hospitaliers et à soutenir, le cas échéant, la réalisation de solutions techniques facilitant la consultation de sources de données externes à l'EDS depuis une même interface homme-machine.
<b>Mention Outre-mer</b>	Le texte s'applique en l'état aux Outre-mer, à l'exception de la Nouvelle-Calédonie, de la Polynésie française, de Saint-Pierre-et-Miquelon, des Terres australes et antarctiques françaises et des îles de Wallis-et-Futuna.
<b>Mots-clés</b>	Entrepôt de données de santé - recherche appliquée en santé - recherche hypothético-déductive - amélioration de l'offre de soins - santé numérique - innovation en santé - parcours de santé - performance du système de santé.
<b>Classement thématique</b>	Etablissements de santé
<b>Texte de référence</b>	Néant
<b>Rediffusion locale</b>	Les établissements de santé, les groupements de coopération sanitaire, les maisons et les centres de santé doivent être destinataires de cette note d'information, par l'intermédiaire des agences régionales de santé.
<b>Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP du 13 octobre 2023 - N° 76</b>	
<b>Document opposable</b>	Non
<b>Déposée sur le site Légifrance</b>	Non
<b>Publiée au BO</b>	Oui

L'introduction puis l'utilisation de technologies de santé<sup>1</sup> innovantes et pertinentes, favorables au suivi et à la prise en charge des patients dans leurs parcours de santé, sont le résultat de recherches s'inscrivant dans un *continuum* structuré. L'appel à projets ministériel de recherche sur l'exploitation des entrepôts de données de santé (DATAE) s'inscrit dans la partie *aval* de ce continuum et couvre la recherche appliquée aux soins et à l'offre de soins. Il vise des projets de recherche dont le niveau de maturité technologique, ou TRL pour *Technology Readiness Level*<sup>2</sup>, correspondrait à l'intervalle des niveaux 6C et 9, inclus.

Les données disponibles dans les établissements de santé sont nombreuses et présentent un important potentiel pour la recherche, l'innovation et l'amélioration des systèmes de soins. Ces données peuvent être organisées dans des entrepôts de données de santé (EDS) qui sont des bases de données destinées à être utilisées notamment à des fins de recherches, d'études ou d'évaluations dans le domaine de la santé.

L'appel à projets DATAE s'inscrit comme un dispositif complémentaire à l'appel à projets « accompagnement et soutien à la constitution d'entrepôts de données de santé hospitaliers<sup>3</sup> » de la stratégie d'accélération « santé numérique » (SA-SN). Il s'adresse à tous les entrepôts de données de santé hospitaliers répondant aux critères d'éligibilité (section I.3), non nécessairement lauréats de l'appel à projets de la SA-SN.

<sup>1</sup> Technologie de santé : intervention pouvant servir à la promotion de la santé, à la prévention, au diagnostic ou au traitement d'une maladie aiguë ou chronique, ou encore à des fins de réadaptation. Les technologies de la santé comprennent les produits pharmaceutiques, les dispositifs, les interventions et les systèmes organisationnels utilisés dans les soins de santé. cf. <http://www.inahta.org/>

<sup>2</sup> <https://www.medicalcountermeasures.gov/tri/integrated-tris/>

<sup>3</sup> [Accompagnement et soutien à la constitution d'entrepôts de données de santé hospitaliers | Bpifrance](#)

## I. Appel à projets de recherche « Données de santé et ApplicaTions » (DAAtAE) sur l'exploitation des entrepôts de données de santé

Les EDS désignent la mise en commun des données d'un ou plusieurs systèmes d'information, sous un format homogène pour des réutilisations à des fins de pilotage, de recherche, d'évaluation dans le domaine de la santé. L'EDS peut être soumis à l'autorisation ou à une déclaration de conformité (sous réserve du respect d'un référentiel) auprès de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Le recueil et le rassemblement des données patients au sein d'un EDS sont des leviers d'amélioration de la prise en charge, car ils permettent la constitution de bases de données uniques pour les équipes de recherche en interne aux établissements ou en partenariat avec l'extérieur (public comme privé) et leur mise à disposition à des porteurs de projet dans des délais attractifs. Cumulées entre plusieurs établissements et/ou appariées à d'autres sources comme les données médico-économiques, les données de cohortes ou de registres préexistants, ces données peuvent être déterminantes pour le développement de la recherche et de l'innovation en santé à l'échelle non seulement de l'établissement, mais également de son territoire, et à l'échelle du système de santé dans son ensemble.

Cet appel à projets vise à dynamiser la réutilisation de données issues d'EDS mais également l'interopérabilité de données d'EDS avec d'autres sources de données à des fins de recherche.

### 1. Objectifs

L'appel à projets DAAtAE comporte trois objectifs :

- Produire des connaissances scientifiques sur la base de la réutilisation des données de santé présentes dans les entrepôts ;
- Encourager l'organisation et le développement de collaborations entre les différents acteurs de l'offre de soins et la mise en commun de données ou de l'exploitation collégiale de données de santé (création d'écosystèmes autour des bases de données mutualisées) ;
- Favoriser le développement de l'expertise des offreurs de soins dans le domaine de l'exploitation des données de santé.

### 2. Champ

L'appel à projets DAAtAE concerne tous les domaines et toutes les dimensions de la recherche appliquée en santé. Les projets attendus s'inscrivent dans le champ de la recherche hypothético-déductive dans tous les domaines de la santé et sur toutes les technologies de santé<sup>4</sup> ; les projets proposés doivent mobiliser une méthodologie rigoureuse afin de produire une réponse robuste à la question scientifique posée.

---

<sup>4</sup> Technologie de santé : intervention pouvant servir à la promotion de la santé, à la prévention, au diagnostic ou au traitement d'une maladie aiguë ou chronique, ou encore à des fins de réadaptation. Les technologies de la santé comprennent les produits pharmaceutiques, les dispositifs, les interventions et les systèmes organisationnels utilisés dans les soins de santé. cf. <http://www.inahta.org/>

### 3. Eligibilité

Pour être éligible, le dossier doit remplir l'ensemble des conditions suivantes :

1. **Le dépôt et le portage d'un projet associatif systématiquement**, d'une part, **un porteur individuel** comme coordonnateur scientifique **et**, d'autre part, **un établissement de santé<sup>5</sup>, un Groupement de coopération sanitaire (GCS)<sup>6</sup>, une maison de santé<sup>7</sup> ou un centre de santé<sup>8</sup>**, une personnalité morale assurant la coordination du projet et gestionnaire de son financement.
2. Tout personnel appartenant à une des structures de soins énumérées ci-dessus peut porter un projet, sous réserve de l'engagement du responsable légal de cette structure<sup>9</sup>
3. Tout personnel appartenant à une des structures de soins énumérées ci-dessus peut solliciter une autre structure pour porter un projet, sous réserve de l'engagement conjoint des responsables légaux de la structure à laquelle il appartient et de la structure sollicitée.
4. Le portage d'un projet par un professionnel de santé libéral est possible, sous réserve :
  - de conventionner avec un établissement de santé, un GCS, une maison ou un centre de santé coordonnateur pour la gestion des fonds qui seraient alloués au projet ;
  - du respect des règles relatives à la promotion de la recherche et à la gestion de son financement.
5. **La structure coordonnatrice du projet et gestionnaire de son financement doit avoir mis en place un entrepôt de données de santé :**
  - Bénéficiant d'une autorisation CNIL<sup>10</sup> ;
  - A défaut, ayant réalisé une déclaration de conformité au référentiel CNIL<sup>11</sup> ou prévoyant de le faire dans un délai court n'excédant pas 12 mois à compter de l'annonce des lauréats. Pour aide, le porteur peut vérifier sa conformité au référentiel via la check-list<sup>12</sup>.
6. Les projets doivent mobiliser les données disponibles dans l'EDS hospitalier (données déjà mises à disposition par l'EDS) de la structure coordinatrice du projet ou en vue de l'être (données déjà présentes dans les SIH) et peuvent, en complément, utiliser d'autres sources de données. Le recueil prospectif est proscrit.
7. Les protocoles proposés doivent impliquer systématiquement un responsable scientifique et un responsable de la qualité et de la disponibilité des données.
8. Les frais adjacents aux travaux préparatoires au lancement du projet de recherche (mise en qualité des données, intégration des données dans l'EDS, le cas échéant la réalisation de solutions techniques facilitant la consultation de sources de données plurielles, réalisés par des ressources internes ou externes aux partenaires projet) ne doivent pas excéder 40 % du financement total du projet. De plus, ces travaux préparatoires à l'exploitation des données dans l'EDS doivent être réalisés dans les 12 premiers mois du projet candidat.  
Les étapes de structuration des données, sont schématisées dans la figure 1, reprise du rapport de la HAS sur les entrepôts de données<sup>13</sup>:

<sup>5</sup> Définis aux articles L. 6111-1 et suivants, L. 6141-1 et suivants et L. 6161-1 et suivants du code de la santé publique.

<sup>6</sup> Définis aux articles L. 6133-1 à -8 du code de la santé publique.

<sup>7</sup> Définies à l'article L. 6323-3 du code de la santé publique.

<sup>8</sup> Définis à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique.

<sup>9</sup> Matérialisé dans l'attestation de dépôt dont le modèle sera fourni avec le dossier de candidature.

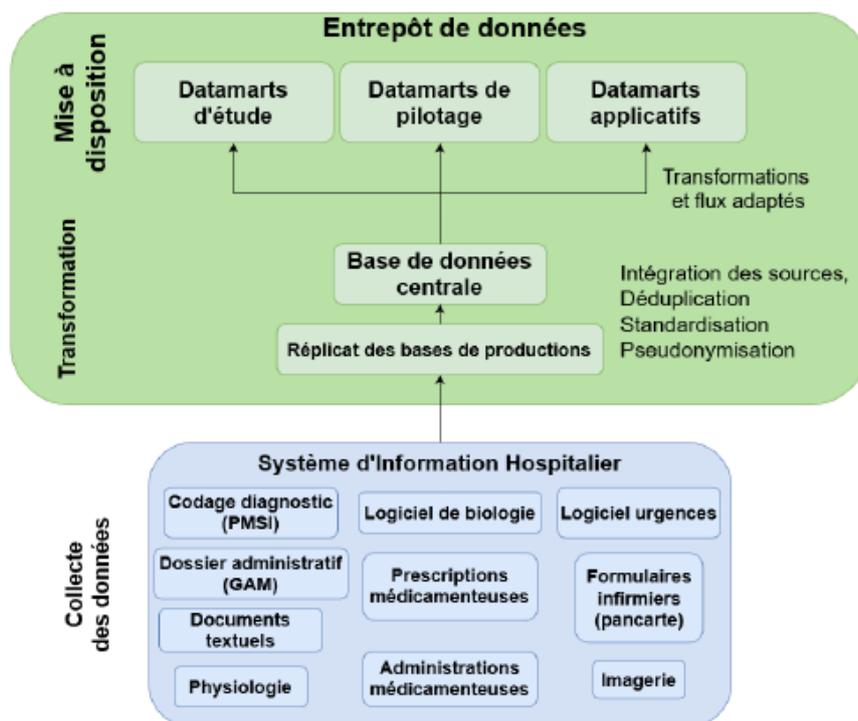
<sup>10</sup> [Déclarer un fichier | CNIL](#)

<sup>11</sup> [La CNIL adopte un référentiel sur les entrepôts de données de santé | CNIL](#)

<sup>12</sup> [Check-list de conformité - Référentiel relatif aux traitements de données personnelles mis en œuvre à des fins de création d'entrepôts de données dans le domaine de la santé \(cnil.fr\)](#)

<sup>13</sup> [Haute Autorité de Santé - Entrepôts de données de santé hospitaliers en France \(has-sante.fr\)](#)

**Figure 1** : Les trois étapes de structuration des données depuis les SI sources : collecte, transformation et mise à disposition.



Les travaux ci-dessous ne sont **pas éligibles** au financement via l'appel à projets DATAE :

1. Les travaux de collecte, de transformation, d'intégration des données dans l'EDS (au-delà de la limite décrite en condition 8 ci-dessus) et son maintien en bon fonctionnement ;
2. Tous travaux déjà financés dans le cadre de l'appel à projets « accompagnement et soutien à la constitution d'entrepôts de données de santé hospitaliers » (appel à projets EDS). A noter que les projets de recherche et innovation (PRI) présentés dans ce cadre ne sont pas financés et sont donc éligibles à un financement via l'appel à projets DATAE.
3. Les projets nécessitant la collecte et l'intégration de nouvelles données au fil de l'étude, à savoir des données prospectives. Ainsi, les données mobilisées par le projet candidat doivent soit être disponibles à date dans l'EDS, soit pouvoir être intégrées dans l'EDS en amont de la réalisation du projet. Dans ce dernier cas, les étapes d'intégration des données dans l'EDS, les ressources mobilisées dans ce cadre ainsi que le délai d'intégration dans l'EDS doivent être précisément décrites dans le dossier candidat mais ne feront pas l'objet d'un financement dédié si elles sont déjà prévues dans le financement du projet lauréat de l'appel à projets EDS le cas échéant.
4. Des projets de recherche ne répondant pas à une question scientifique, notamment les études de faisabilité ou de pré-screening à des fins d'inclusion de patients dans une étude.

#### 4. Recommandations

Les projets doivent mobiliser les données issues d'un ou plusieurs EDS.

Le croisement entre les données des EDS et les données issues d'autres sources (cohortes, registres, données de projets de recherche...) est encouragé sans être imposé.

L'appel à projet DATAE portant sur la réutilisation des données issues d'EDS, il est attendu que les coûts de maintenance de l'outil et/ou de développement d'un éventuel nouvel outil soient supportés par son propriétaire une fois le projet terminé.

Les projets portés par des établissements, engagés dans une démarche de partage de certaines de leurs données issues de leur EDS dans le but de participer à la construction du patrimoine national des données de santé, seront examinés avec attention.

En complément, la volonté de partage en open source et sous licence permissive de résultats intermédiaires ou finaux (notamment : documentation sur les données, algorithmes utilisés, données qualifiées) et fortement réutilisables par la communauté scientifique sera appréciée. Cette volonté doit favoriser la mutualisation des efforts dans le développement d'outils fiables d'analyse des données de santé, au bénéfice de tous. Ce partage n'est en rien exclusif (les résultats sont encouragés à être publiés dans des journaux scientifiques, et à être référencés au sein d'autres initiatives / bibliothèques), et n'implique pas de cession de propriété intellectuelle.

#### 5. Modalités de sélection

Le Health Data Hub (HDH), dont le champ d'intervention est défini dans l'article 3 de l'arrêté du 29 novembre 2019 portant approbation d'un avenant à la convention constitutive du groupement d'intérêt public « Institut national des données de santé » portant création du groupement d'intérêt public « Plateforme des données de santé » est en charge d'organiser l'évaluation des projets.

Les candidats soumettent un dossier complet comprenant l'ensemble des informations présentes dans l'annexe II.

A cette fin, le HDH met en place un comité scientifique d'évaluation dont la composition ainsi que le choix du président et du/des vice-président(s) sont soumis à la DGOS pour validation.

Le comité d'évaluation se compose des collèges suivants :

- Collège d'experts cliniciens ;
- Collège d'experts méthodologistes ;
- Collège d'experts en science des données.

Le mandat du comité d'évaluation est d'évaluer les éléments suivants :

- Les bénéfices du projet pour l'intérêt public, notamment les enjeux de santé publique associés à la pathologie ou problème de santé ciblé par le projet ;
- La pertinence de la méthodologie scientifique retenue et des données mobilisées dans la réalisation du projet seront appréciées ;
- Le caractère innovant par rapport à l'état de l'art qui sera documenté ;
- La faisabilité technique du projet ainsi que la capacité de l'équipe projet constituée de le mener à bien seront appréciés ;
- La cohérence entre les objectifs du projet et le budget associé, qui sera correctement documenté ;
- Le caractère mature du projet et sa capacité à témoigner de résultats rapidement ;
- L'inscription dans le projet du partage de données et de la contribution à l'open source plus généralement.

Les dossiers de sélection de chacun des projets comportent la présentation de la structure porteuse, une attestation du responsable de traitement concernant le statut réglementaire de/des EDS (annexe I), la présentation du projet (annexe II) et une grille budgétaire (annexe III).

Le comité d'évaluation établit un classement des projets candidats et propose une liste de projets à financer. Le HDH transmet au bureau PF4 de la DGOS l'ensemble des documents des projets déposés, les éventuelles annexes et le budget demandé, ainsi que le classement final de l'ensemble des dossiers déposés et la liste de projets proposés au financement. La DGOS valide la liste des projets financés en fonction de leur conformité aux orientations définies dans la présente note.

Pour toute question technique concernant le dépôt des dossiers à DATAE, un formulaire de contact est à disposition sur la plateforme « démarches simplifiées » :

<https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/aap-datae>.

## 6. Calendrier

Ouverture des candidatures : **20/10/2023**

Date limite de dépôt : **15/01/2024 à 23h55**

Sélection des projets : **janvier – février 2024**

Publication des résultats : **printemps 2024**

## II. Financement des projets et gestion des fonds

Pour la campagne 2023, le montant total disponible est de 3 500 000 €. Le montant maximum du financement demandé pour chacun des projets soumis à cet appel à projets est libre.

Une grille budgétaire détaillant les financements nécessaires à la mise en œuvre du projet de recherche est exigée lors du dépôt des dossiers complets (une grille budgétaire est jointe au dossier (annexe III)).

Les financements des projets sont alloués à la structure gestionnaire des fonds dans le cadre des circulaires tarifaires et budgétaires des établissements de santé. Dans tous les cas, ils sont ensuite notifiés à la structure gestionnaire des fonds par arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) compétente.

Les crédits délégués sont destinés à l'usage exclusif de la structure gestionnaire des fonds. Le reversement de tout ou partie de ces crédits à d'autres personnes morales ou physiques n'est donc pas autorisé, sauf (i) lorsque des crédits sont reversés à des établissements participants au projet pour les missions de mise en qualité des données ou (ii) dans le cas où le prestataire ainsi sollicité met en œuvre des compétences que la structure gestionnaire des fonds ne possède pas. Dans ce cas :

- le reversement des crédits est motivé dans le dossier complet ;
- les tâches faisant l'objet de la prestation sont précisément décrites dans le dossier complet, notamment dans la grille budgétaire ;
- le respect strict des règles d'achat applicables au gestionnaire des fonds est observé.

L'association d'une personne morale ou physique à la conception et/ou à la réalisation d'un projet à titre non onéreux peut donner lieu à une valorisation en termes de publication ou de partage des droits de propriété intellectuelle. Dans cette hypothèse, les termes de l'accord portant sur la valorisation sont convenus entre le porteur de projet et le(s) partenaire(s) et doivent être indiqués dans le dossier complet.

### III. Modalités de suivi administratif et financier des projets de recherche

Le HDH est en charge d'effectuer le suivi des projets selon le principe générique décrit en annexe IV.

Le suivi des projets retenus s'appuie sur un découpage en phases de leur déroulement et conditionne leur financement, adapté à l'avancement de la recherche. La délégation de la tranche de financement pour la réalisation de la phase *N+1* est ainsi fondée sur la production des éléments attestant la finalisation de la phase *N*. Ces modalités sont précisées en annexe IV.

Pour chaque phase un fichier de suivi (annexe V) est à envoyer par le porteur au HDH.

Pour demeurer éligibles au financement accordé, les projets retenus doivent obligatoirement être inscrits sur le site *ClinicalTrials.gov* ou sur un registre compatible<sup>14</sup>. Les données de ce registre devront être tenues à jour.

Le financement du projet peut être maintenu en cas de modifications du projet initialement financé, sous réserve que ce projet modifié permette de répondre à la question initialement posée. Ces modifications doivent être justifiées au plan scientifique, ne doivent pas entraîner une diminution du niveau de preuve de la réponse obtenue par rapport à celui escompté initialement et peuvent, le cas échéant, entraîner une diminution du budget initial du projet.

### IV. Publications et communications

Les publications résultant des projets financés dans le cadre de l'appel à projet faisant l'objet de la présente note doivent clairement identifier l'établissement de santé, le GCS, la maison ou le centre de santé coordonnateur et doivent obligatoirement porter la mention : "*This study was supported by a grant from the French Ministry of Health (acronyme du programme, année du programme, n° d'enregistrement : exemple DAtAE2023-1234)*". De plus, toute action de communication faisant référence à un projet financé dans le cadre de l'appel à projets faisant l'objet de la présente note doit mentionner le nom du programme ainsi que le soutien du ministère chargé de la santé dans le cadre d'un appel à projets opéré par le Health Data Hub.

S'agissant de projets financés par des dotations d'Etat, les publications devront respecter les dispositions encourageant la science ouverte prévues par l'article 30 de la Loi pour une République Numérique<sup>15</sup>.

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

A stylized signature in black ink, appearing to read 'Signé', is centered within a white rectangular box.

Marie DAUDÉ

<sup>14</sup> <https://www.who.int/clinical-trials-registry-platform/network/primary-registries>

Important : le registre choisi devra comporter une fonction de suivi, ou *audit trail*, publique, des données modifiées.

<sup>15</sup> [Article 30 - LOI n° 2016-1321 du 7 octobre 2016 pour une République numérique \(1\) - \(legifrance.gouv.fr\)](#)

**Annexe I**  
**Statut de mise en conformité avec le cadre réglementaire en vigueur**  
**(autorisation CNIL, conformité au référentiel CNIL,**  
**conformité en cours d'établissement)**

**Nous vous prions de renseigner un seul questionnaire par EDS.**

- 1- Nom du projet :
- 2- Nom de l'établissement ou organisation :
- 3- Contact de l'établissement ou organisation :
- 4- Nom de l'EDS (optionnel) :
- 5- Stratégie de prise en compte du cadre réglementaire en vigueur (cochez une ou plusieurs cases)
  - Conformité référentiel CNIL
  - Autorisation CNIL
- 6- Les démarches de conformité sont-elles réalisées ou en cours ?
  - Autorisation CNIL obtenue antérieurement
  - Demande d'autorisation auprès de la CNIL en cours
  - Mise en conformité au référentiel de la CNIL réalisée
  - Mise en conformité au référentiel de la CNIL en cours
  - Les démarches sont à initier
- 7- Si l'EDS a déjà été autorisé par la CNIL, indiquer la date d'obtention : JJ/MM/AAAA
- 8- Une mise en conformité avec le référentiel EDS de la CNIL est-elle prévue ?
  - a. Si oui, est-elle terminée (préciser la date) ? JJ/MM/AAAA
  - b. Si non, à quel horizon estimez-vous qu'elle puisse être atteinte ? (Date indicative) JJ/MM/AAAA
- 9- Si une demande d'autorisation auprès de la CNIL est en cours pour l'EDS ou prévue, à quelle date cette demande a-t-elle été déposée ou va-t-elle l'être approximativement ? JJ/MM/AAAA
- 10- Si l'EDS a vocation à être mis en conformité avec le référentiel de la CNIL mais sans être autorisé spécifiquement:
  - 10.1. Si l'EDS est déjà considéré conforme, à quelle date s'est terminée la mise en conformité ? JJ/MM/AAAA
  - 10.2. Si l'EDS n'est pas déjà conforme, la procédure de mise en conformité a-t-elle démarré ?
    - 10.2.1. Si oui, à quel horizon pensez-vous aboutir pour la mise en conformité ? JJ/MM/AAAA
    - 10.2.2. Si non, à quel horizon pensez-vous initier la mise en conformité ? JJ/MM/AAAA

Date :

Signature du responsable de traitement :


**ANNEXE II : Informations que doit contenir le dossier de candidature complet**
**APPEL À PROJETS DE RECHERCHE SUR LES CAS D'USAGE D'ENTREPÔT DE DONNÉES  
DE SANTÉ HOSPITALIER : DATAE**

Acronyme

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE

**Éléments clés du projet candidat**

Durée du projet (en mois)	
Date de début (jj/mm/aaaa)	
Date de fin (jj/mm/aaaa)	
Raison sociale du porteur/chef de file	
Coût total du projet (€)	

**Formalité administrative concernant l'entrepôt de données de santé hospitalier**

- Respect des caractéristiques d'éligibilité des EDS hospitaliers notifiés en annexe II – Fournir l'attestation du responsable de traitement  
Ou
- Déclaration de conformité au référentiel CNIL pour le/les EDS à fournir (si disponible)  
Ou
- Autorisation CNIL pour le/les EDS à fournir (si disponible)

## Présentation de l'équipe projet constituée ou à constituer

Partenaire / personnel de recherche	Fonction	Rôle sur le projet	Rôle au sens du RGPD
Nom de l'entité	Fonction du personnel	Décrire le rôle dans le projet de recherche, l'expertise et le savoir-faire	RT, co-RT, RMO, ST, etc.

L'organisation d'un projet de recherche et innovation est un travail collaboratif qui nécessite une forte implication des membres partenaires. (Ajouter un élément pour chacune des ressources prête à s'investir dans le projet ainsi que leur rôle.)

	Ressource 1	Ressource 2	...	
Nom et Prénom				
Fonction(s)				
Structure de provenance				
Activités /rôle au sein du projet				
Expertise médicale et/ou sur la base principale du SNDS				
Pourcentage de mobilisation envisagé dans le projet (par rapport au temps total de travail)				



Acronyme  TITRE DU PROJET DE RECHERCHE
--

**Version du projet n° du (*préciser la date*)**

**Avis favorable règlementaire / comité d'éthique EDS (*préciser le nom*) le (*préciser la date*)**

<b>Coordinateur scientifique du projet</b>	<i>Nom</i> <i>Prénom</i> <i>Téléphone</i> <i>Courriel</i> <i>Structure principale de rattachement</i>
<b>Coordinateur associé</b>	<i>Nom</i> <i>Prénom</i> <i>Téléphone</i> <i>Courriel</i> <i>Structure principale de rattachement</i>
<b>Structure administrative porteuse du projet</b>	<i>Nom de la structure</i> <i>Téléphone</i> <i>Courriel</i>

Ce document confidentiel est la propriété de la HDH. Aucune information non publiée figurant dans ce document ne peut être divulguée sans autorisation écrite préalable de la HDH.

## PAGE DE SIGNATURE DU PROJET

**Titre et acronyme du projet :**

**Version du projet n° du (*préciser la date*)**

Ce projet a été lu et approuvé à la date notée ci-dessous.

Les deux parties s'engagent à mener la recherche conformément au projet, aux bonnes pratiques cliniques et aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

### LE COORDINATEUR SCIENTIFIQUE DU PROJET :

Fonction/Nom/Prénom :

Date :

Adresse :

Signature :

### LE COORDINATEUR ASSOCIE :

Fonction/Nom/Prénom :

Date :

Adresse :

Signature :

## SYNOPSIS

<b>Titre du projet</b>	
<b>Acronyme</b>	
<b>Porteur - Coordinateur scientifique du projet</b>	<i>Nom, Prénom Courriel, Structure principale de rattachement</i>
<b>Coordinateur administratif</b>	<i>Nom de la structure Courriel</i>
<b>Contexte et enjeux</b>	Décrire les bénéfices attendus
<b>Objectif et critère de jugement principal</b>	
<b>Objectifs et critères de jugement secondaires</b>	
<b>Population concernée</b>	
<b>Justification de l'intérêt public de la recherche</b>	<i>Bénéfice du projet pour la société, effort de transparence de publication des résultats</i>
<b>Justification du caractère innovant de la recherche</b>	
<b>Description de la source de donnée et notamment de l'EDS mobilisé (créer une ligne par source)</b>	Nom de l'EDS, n° d'autorisation CNIL ou de mise en conformité, Responsable de traitement, périmètre des données disponibles
<b>Nombre de sujets sur lesquels porte l'EDS (si applicable)</b>	



<b>Algorithme, produits, service développés</b>	<i>Si applicable : présenter le produit et/ou le service apporté, l'utilisateur principal de la solution une fois développée, la méthodologie ciblée</i>
<b>Méthode statistique</b>	
<b>Stratégie d'appariement le cas échéant</b>	
<b>Éléments partagés en open source avec licence permissive (documentation, algorithmes, programmes)<sup>1</sup></b>	
<b>Données partagées en vue de la construction du patrimoine national des données de santé</b>	
<b>Statut des démarches réglementaires</b>	CESREES, CNIL ou toute autre démarche en cours
<b>Statut de l'étude, maturité du projet</b>	Si une première version, test, prototype a été réalisé et référencé
<b>Calendrier prévisionnel</b>	
<b>Principaux risques identifiés et mesures de contingence associées (par ex : embarquement des parties prenantes, difficultés réglementaires, techniques)</b>	

<sup>1</sup> Ce partage n'est en rien exclusif (les résultats sont encouragés à être publiés dans des journaux scientifiques, et à être référencés au sein d'autres initiatives / bibliothèques), et n'implique pas de cession de propriété intellectuelle.

<b>Financement</b>	<i>Montant du financement demandé à la DGOS</i> <i>Montant total du projet (y compris le montant demandé à la DGOS)</i>
--------------------	--

## Table des matières

<b>SYNOPSIS</b> .....	<b>5</b>
<b>ABRÉVIATIONS /ACRONYME</b> .....	<b>9</b>
<b>1. Introduction - justification scientifique</b> .....	<b>9</b>
<b>2. Objectifs et critères de jugement de la recherche</b> .....	<b>9</b>
2.1. <i>Objectif et critère de jugement principal</i> .....	9
2.2. <i>Objectifs et critères de jugement secondaires</i> .....	9
<b>3. Sélection et exclusion des personnes de la recherche</b> .....	<b>9</b>
3.1. <i>Critères d'inclusion</i> .....	9
3.2. <i>Critères de non-inclusion</i> .....	9
<b>4. Description de l'étude</b> .....	<b>9</b>
4.1. <i>Type d'étude</i> .....	9
4.2. <i>Déroulement de la recherche</i> .....	9
4.2.1. <i>Lieu de la recherche</i> .....	9
4.2.2. <i>Modalités d'information des participants</i> .....	10
4.2.3. <i>Recueil des données</i> .....	10
4.2.4. <i>Description des données requises pour le projet</i> .....	10
4.3. <i>Calendrier de l'étude</i> .....	10
<b>5. Produits, services développés</b> .....	<b>10</b>
<b>6. Analyses statistiques</b> .....	<b>11</b>
6.1. <i>Calcul du nombre de sujets</i> .....	11
6.2. <i>Description des analyses statistiques utilisées</i> .....	11
6.2.1. <i>Choix des personnes à inclure dans les analyses</i> .....	11
6.2.2. <i>Statistiques descriptives</i> .....	11
6.2.3. <i>Analyse du critère de jugement principal</i> .....	11
6.2.4. <i>Analyse des critères de jugement secondaires</i> .....	11
6.3. <i>Niveau de significativité statistique</i> .....	11
6.4. <i>Gestion des modifications apportées au plan statistique initial</i> .....	11
<b>7. Évaluation de la sécurité</b> .....	<b>11</b>
<b>8. Dispositions réglementaires</b> .....	<b>11</b>
8.1. <i>Note d'information et recueil de la non opposition</i> .....	11
8.2. <i>Engagement de responsabilité</i> .....	11
8.3. <i>Conformité réglementaire</i> .....	11
8.4. <i>Droit d'accès aux données et documents sources</i> .....	12
8.5. <i>Conservation des documents et données de la recherche</i> .....	12

<b>9. Financement .....</b>	<b>12</b>
<b>10. Communication et publication des résultats.....</b>	<b>12</b>
<b>11. Références.....</b>	<b>12</b>
<b>12. Annexes .....</b>	<b>12</b>

#### **ABRÉVIATIONS /ACRONYME**

- 1. Introduction - justification scientifique**
- 2. Objectifs et critères de jugement de la recherche**
  - 2.1. Objectif et critère de jugement principal**
  - 2.2. Objectifs et critères de jugement secondaires**
- 3. Sélection et exclusion des personnes de la recherche**
  - 3.1. Critères d'inclusion**
  - 3.2. Critères de non-inclusion**
- 4. Description de l'étude**
  - 4.1. Type d'étude**
  - 4.2. Déroulement de la recherche**
    - 4.2.1. Lieu de la recherche**

L'étude se déroulera à XXX. Les principaux acteurs de soins impliqués dans ce projet sont listés dans le tableau suivant :

<b>Nom et Prénom</b>	<b>Adresse</b>	<b>Coordonnées</b>	<b>Spécialité</b>

**4.2.2. Modalités d'information des participants****4.2.3. Recueil des données****4.2.4. Description des données requises pour le projet**

<b>Source de données 1 – Nom</b>	
<b>Source de données</b>	Préciser la source de données, l'entité productrice et le mode de collecte
<b>Description des données requises</b>	Décrire : <ul style="list-style-type: none"> <li>- La typologie et le contenu des données souhaitées</li> <li>- La population visée</li> <li>- La profondeur historique</li> <li>- La volumétrie estimée</li> </ul>
<b>Disponibilité des données</b>	Préciser : <ul style="list-style-type: none"> <li>- La complétude de la base au regard des besoins</li> <li>- Si les données sont au bon format, annotées</li> <li>- Si elles sont disponibles pour l'ensemble de la population visée</li> </ul>
<b>Clé d'appariement</b>	Dans le cadre d'un appariement préciser les clés d'appariement pressenties pour joindre les bases

**4.3. Calendrier de l'étude**

Période de recrutement de personnel (si applicable)	XX mois - de "date à date"
Période de développement	XX mois - de "date à date"
Période d'analyse	XX mois - de "date à date"
Durée totale de l'étude	XX mois

**5. Produits, services développés**

Si applicable: présenter le produit et/ou le service apporté, l'utilisateur principal de la solution une fois développée, la méthodologie ciblée

## **6. Analyses statistiques**

### **6.1. Calcul du nombre de sujets**

### **6.2. Description des analyses statistiques utilisées**

#### **6.2.1. Choix des personnes à inclure dans les analyses**

#### **6.2.2. Statistiques descriptives**

#### **6.2.3. Analyse du critère de jugement principal**

#### **6.2.4. Analyse des critères de jugement secondaires**

### **6.3. Niveau de significativité statistique**

### **6.4. Gestion des modifications apportées au plan statistique initial**

## **7. Évaluation de la sécurité**

## **8. Dispositions réglementaires**

### **8.1. Note d'information et recueil de la non opposition**

### **8.2. Engagement de responsabilité**

### **8.3. Conformité réglementaire**

Cette recherche est organisée et pratiquée sur des personnes saines ou malades n'ayant pas pour finalités celles mentionnées au 1 (RI), et qui visent :

- Pour les produits cosmétiques, conformément à leur définition mentionnée à l'article L. 5131-1 du code de la santé publique, à évaluer leur capacité à nettoyer, parfumer, modifier l'aspect, protéger, maintenir en bon état le corps humain ou corriger les odeurs corporelles ;
- A effectuer des enquêtes de satisfaction du consommateur pour des produits cosmétiques ou alimentaires ;
- A effectuer toute autre enquête de satisfaction auprès des patients ;
- A réaliser des expérimentations en sciences humaines et sociales dans le domaine de la santé.

Les recherches qui ne sont pas organisées ni pratiquées sur des personnes saines ou malades, qui n'ont pas pour finalités celles mentionnées au I, et qui visent à évaluer des modalités d'exercice des professionnels de santé ou des pratiques d'enseignement dans le domaine de la santé.

Cette recherche a une finalité d'intérêt public de recherche, d'étude ou d'évaluation dans le domaine de la santé conduites exclusivement à partir de l'exploitation de traitement de données à caractère personnel mentionnées au I de l'article 54 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et qui relèvent de la compétence du comité d'expertise pour les recherches, les études et les évaluations prévu au 2° du II du même article.

Une méthodologie de référence spécifique au traitement de données à caractère personnel dénommé « système national des données de santé » (MR-004). Cette méthodologie encadre les traitements de données à caractère personnel à des fins d'étude, évaluation ou recherche n'impliquant pas la personne humaine. Il s'agit plus précisément des études ne répondant pas à la définition d'une recherche impliquant la personne humaine, en particulier les études portant sur la réutilisation de données. La recherche doit présenter un caractère d'intérêt public. Le responsable de traitement s'engage à ne collecter que les données strictement nécessaires et pertinentes au regard des objectifs de la recherche.

#### 8.4. Droit d'accès aux données et documents sources

Le coordinateur scientifique de l'étude s'assure que chaque personne qui se prête à la recherche ne s'est pas opposée à l'accès aux données individuelles le concernant. Les données médicales de chaque patient ne seront transmises qu'à l'organisme de rattachement de la personne responsable de la recherche ou toute personne dûment habilitée par celui-ci dans les conditions garantissant leur confidentialité. Le cas échéant, l'organisme de rattachement de la personne responsable pourra demander un accès direct au dossier médical pour vérification des procédures et/ou des données de la recherche, sans violer la confidentialité et dans les limites autorisées par les lois et réglementations.

Les participants ont un droit de limitation de traitement de leurs données personnelles selon les conditions décrites à l'article 18 du RGPD.

Pendant la recherche et à son issue, les données recueillies sur les personnes qui s'y prêtent et transmises entre les collaborateurs à la recherche seront codifiées. Elles ne doivent en aucun cas faire apparaître en clair les noms des personnes concernées, ni leur adresse, ni d'autre information permettant une identification directe. Une liste nominative des patients inclus avec la correspondance du numéro patient sera conservée dans le classeur investigateur et détruite 15 ans après la fin de l'étude.

#### 8.5. Conservation des documents et données de la recherche

Les documents et données relatifs à cette recherche seront archivés par le coordinateur principal et ses associés, pour une durée de 15 ans après la fin de la recherche.

Cet archivage indexé comporte :

- Les copies de l'avis réglementaire / comité d'éthique
- Les versions successives du projet (identifiées par le n° de version et la date de version)
- Les courriers de correspondance avec le coordinateur principal
- Toutes les annexes spécifiques à l'étude
- Le rapport final de l'étude provenant de l'analyse statistique et du contrôle qualité de l'étude (double transmis au coordinateur principal)
- Les certificats d'audits éventuels réalisés au cours de la recherche
- La base de données ayant donné lieu à l'analyse statistique, devant aussi faire l'objet d'archivage par le responsable de l'analyse (support papier ou informatique).

### 9. Financement

### 10. Communication et publication des résultats

Conformément à l'article R 5121-13 du Code de Santé publique, les essais ne peuvent faire l'objet d'aucun commentaire écrit ou oral sans l'accord conjoint des coordinateurs scientifiques de la recherche

### 11. Références

### 12. Annexes

#### Annexe - Liste des thématiques

Anatomie et cytologie pathologiques
Anesthésiologie / Réanimation
Biologie

Cardiologie
Chirurgie maxillo-faciale / Stomatologie
Chirurgie plastique et reconstructrice
Chirurgie viscérale et digestive
Dermatologie
Economie de la santé
Endocrinologie / Diabétologie / Métabolisme et nutrition
Explorations fonctionnelles
Gastro-entérologie
Génétique
Gériatrie
Gynécologie
Hématologie / Vigilance et thérapeutique transfusionnelles
Hépatologie
Immunologie / Allergologie
Infectiologie / Biologie des agents infectieux / Hygiène
Informatique médical, modélisation et aide à la décision
Médecine de la reproduction
Médecine du travail / Médecine légale / Médecine sociale
Médecine d'urgence
Médecine générale
Médecine hyperbare
Médecine interne
Médecine nucléaire
Médecine physique et réadaptation
Médecine vasculaire
Médecines complémentaires
Méthodologie
Néonatalogie

Néphrologie
Neurologie
Obstétrique
Odontologie
Oncologie
Ophtalmologie
Organisation des soins
ORL
Orthopédie / traumatologie
Pédiatrie
Pharmacologie
Pneumologie
Prise en charge des addictions
Psychiatrie
Radiologie / Imagerie
Radiologie interventionnelle
Radiothérapie
Rhumatologie
Santé publique
Soins palliatifs
Urologie

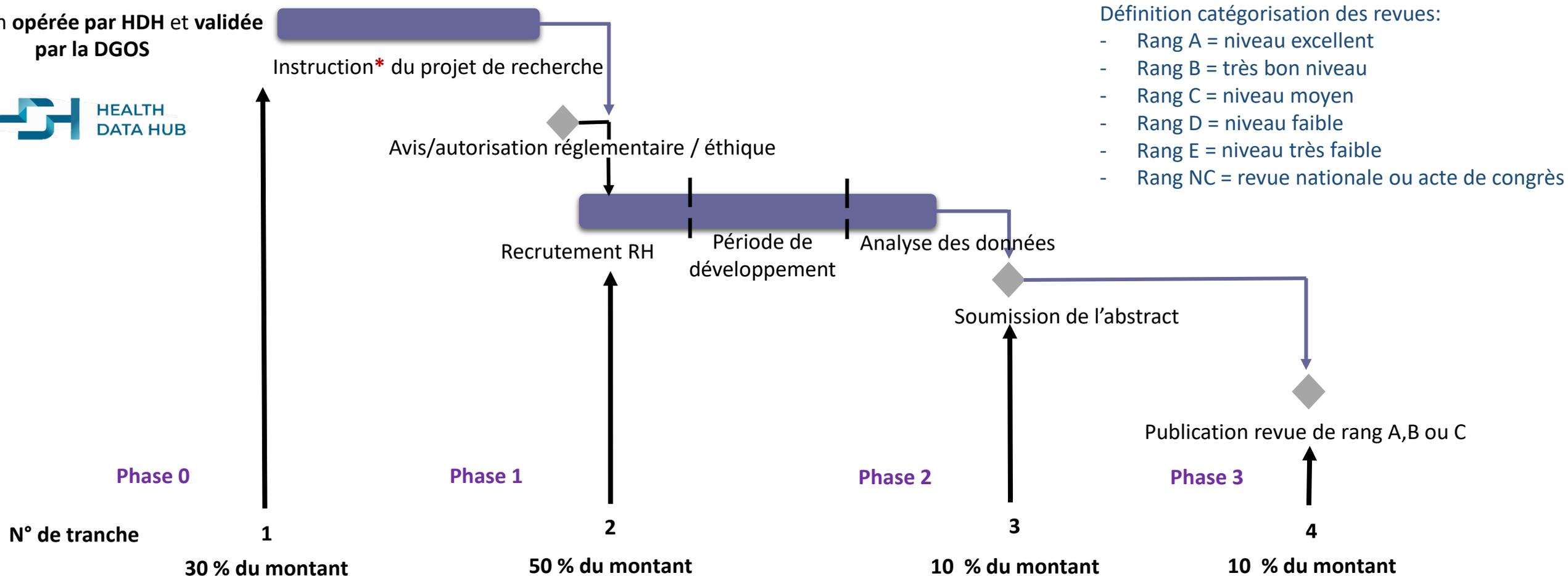


RAPPELS DES MONTANTS TOTAUX DEMANDÉS À LA DGOS, N'INCLUANT PAS LES DÉPENSES COUVERTES PAR UN COFINANCEMENT OBTENU (ces dernières sont à renseigner à partir de la ligne 130 - sauf si insertion de ligne)		% coût		
Montant total pour la mise en qualité (<35%)	0	#DIV/0!		
MONTANT TOTAL DES DEPENSES ELIGIBLES	0			
TAUX DE MAJORATION POUR FRAIS DE GESTION	10,00%			
MONTANT TOTAL DE LA MAJORATION POUR FRAIS DE GESTION	0			
TOTAL ELIGIBLE AU FINANCEMENT DGOS (A)	0			
Nbre total de mois.personne nécessaire sur la durée du projet	0			
Nbre total d'Equivalent Temps Plein sur la durée du projet	0			
Part des dépenses de personnel dans le montant total éligible au financement DGOS				
Coût du projet par patient / observation				
AUTRE(S) RECETTES ASSURANT ÉVENTUELLEMENT LE CO-FINANCEMENT DU PROJET : préciser le(s) financeur(s), l'affectation sur le projet et le montant obtenu ou en attente d'obtention				
Nom du ou des organismes financeurs :	A DETAILLER : indiquer les dépenses prises en charge par des co-financeurs dans la grille dédiée ci-dessous	Si elle est connue, affectation du co financement (nature de la ou des dépenses prévues)	Montant(s) :	
			Obtenu(s)	En attente
		Dépenses de personnel		
		Dépenses hôtelières et générales		
		Non affectées à ce stade		
		Dépenses de personnel		
		Dépenses hôtelières et générales		
		Non affectées à ce stade		
		Dépenses de personnel		
		Dépenses hôtelières et générales		
		Non affectées à ce stade		
		COFINANCEMENTS OBTENUS (B)	0	
		COFINANCEMENTS EN ATTENTE (C)		0
TOTAL ELIGIBLE AU FINANCEMENT DGOS (A)	(formule automatique) 0			
COFINANCEMENTS OBTENUS (B)	0			
COÛT TOTAL DU PROJET (A)+(B)	0			

Succès à l'AAP et allocation des crédits AAP DATAE

### Annexe IV : Schéma des modalités de suivi budgétaire des projets.

Sélection opérée par HDH et validée par la DGOS



\* Instruction du projet, préparation et validation de tout document nécessaire au bon déroulement du projet, des circuits à sa bonne organisation (circuit entre les différents acteurs: méthodologiste, biostatisticien, cliniciens, chef de projet, chef de projet solution informatique,...), action en vue de l'obtention d'avis réglementaire / d'éthique ...

**Annexe V : Fiche de suivi de projet**

**Fiche et documents associés à transmettre uniquement par courrier électronique selon l'appel à projets concerné à :**

DAtAE : [aap-datae@health-data-hub.fr](mailto:aap-datae@health-data-hub.fr)

ou <https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/aap-datae>.

<b>Appel à projets :</b>	<b>Année d'obtention du projet :</b>
<b>Numéros d'identification du projet :</b>	
Numéro DGOS	
Numéro ClinicalTrial ou registre compatible :	
<b>Acronyme du projet :</b>	
<b>Titre du projet :</b>	
<b>Date de remplissage de la fiche (JJ/MM/AAAA) :</b>	
<b>Numéro(s) de phase(s) du projet complétée(s) et tranche(s) de financement correspondante(s) demandée(s) : [à cocher]</b>	
<input type="checkbox"/> phase 1 (correspondant à tranche 2)* <input type="checkbox"/> phase 2 (correspondant à tranche 3) <input type="checkbox"/> phase 3 (correspondant à tranche 4)	
<i>*pour rappel, la tranche 1 (phase 0 est versée à la sélection du projet)</i>	
<b><u>NOM-Prénom et e-mail</u> du responsable légal de l'établissement coordonnateur du projet ou de son représentant :</b>	
<b><u>NOM-Prénom et e-mail</u> du porteur / de l'investigateur coordonnateur du projet :</b>	

**Check-list des documents à joindre à la fiche de suivi dûment complétée (cf. formats en Annexe) :**

Utiliser comme référence les schémas de découpage des projets AAP DAAtAE.

- Phase 1 complétée**, joindre tous les documents de la liste ci-dessous :
  - La version du protocole en cours à la date de la fiche ;
  - L'ensemble des avis / autorisations réglementaires autorisant la version du protocole en cours, y compris le cas échéant la copie de l'avis d'éthique, la copie de la [MR004](#) de la CNIL, la copie de [l'autorisation CNIL](#) ;
  - Liste du personnel intervenant dans le projet en précisant la fonction et le temps en ETP ;
  - Le planning du projet actualisé à la date de la fiche (idéalement de type [Gantt](#)) avec pour précision la période à laquelle le personnel intervient.

- ❑ **Phase 2 complétée**, joindre tous les documents de la liste ci-dessous :
  - La version du protocole en cours à la date de la fiche ;
  - Liste du personnel intervenant dans le projet en précisant la fonction et le temps en ETP ;
  - Le planning du projet actualisé à la date de la fiche (idéalement de type [Gantt](#)) avec pour précision la période à laquelle le personnel intervient ;
  - Manuscrit de la première soumission à une revue de rang A, B ou C à comité de lecture ET accusé réception de la revue.
  
- ❑ **Phase 3 complétée**, joindre tous les documents de la liste ci-dessous :
  - publication princeps, incluant la mention du financement du projet dans le cadre des appels à projets de la DGOS.
  - si disponible, autre (s) publication (s) issues des données de l'étude ou répondant aux objectifs secondaires, incluant la mention du financement du projet dans le cadre des appels à projets de la DGOS.

**Point de situation sur l'état d'avancement du projet en rapport avec le planning  
(20 lignes max.)****Format des documents à fournir en complément de la fiche de suivi**

- La version du protocole doit être fournie au format DOCX, DOC ou ODT et d'une taille maximale de 5Mo ;
- Chacun des avis réglementaires/éthique doit être fourni au format PDF ;
- Le planning du projet actualisé doit être fourni sans format imposé ;
- La liste du personnel impliqué actualisée sans format imposé.

Les fichiers transmis à la DGOS devront être nommés selon les règles suivantes :

Acronyme-Num-PP\_TypeDedocument\_date. Extension

« Acronyme » : correspond à l'acronyme du projet (15 caractères maximum sans espace) ;

« PP » : correspond à une mention interne à la DGOS ;

« Num » : correspond au numéro du projet transmis par la DGOS (3 derniers chiffres du n°DGOS) ;

« Typedocument » : correspond aux dénominations des types de documents parmi les choix suivants : « protocole », (puis par ordre des modifications) « ComiteEthique-avis », « CCTIRS-avis », « CNIL-avis », « planning », « liste-personnel » ;

« Date » : correspond à la date de l'autorisation, de la version du document ou de la création du document au format AAAAMMJJ.

**Exemples :**

- le fichier relatif à la liste du personnel du projet CLINSEARCH, n°DGOS « DATAE-23-089 » élaboré le 15 décembre 2023 sera nommé :  
« CLINSEARCH-089-PP\_liste-personnel\_20231215.XLSX »
- le protocole daté du 18 novembre 2023 sera nommé :  
« CLINSEARCH-089-PP\_protocole\_20231118.DOCX »

## Annexe VI : Glossaire

### **Système d'information hospitalier (SIH)**

L'informatisation des dossiers patients papier a conduit les hôpitaux français à se doter au cours des années 2000 de solutions de dossiers médicaux électroniques ou dossiers patients informatisés (DPI). Ceux-ci sont définis comme la collection longitudinale de données de santé dans un système d'information (SI) électronique. Utilisé en routine par les cliniciens, le DPI leur permet de consigner et d'interroger les informations cliniques nécessaires pour la prise en charge des patients. Un DPI peut être propre à une institution ou bien partagé entre plusieurs acteurs (24). Ce système central est accompagné d'autres applications métiers telles que la gestion administrative des malades (GAM), la prescription informatisée, les logiciels de biologie, de réanimation ou encore d'imagerie. L'ensemble de ces logiciels constitue le système d'information hospitalier (SIH). Selon le degré de maturité du SIH, les différentes sources de données communiquent plus ou moins bien les unes avec les autres.

### **Entrepôt de données de santé (EDS)**

Les EDS s'appuient sur des systèmes d'information rassemblant des bases de données. Ils sont conçus pour collecter des données de santé de sources et formats divers (prise en charge médicale du patient, dossier patient informatisé, imagerie, biologie, prescription, caractéristiques sociodémographiques, données issues de précédentes recherches etc.) et permettent leur structuration à des fins de réutilisation, principalement des études, recherches et évaluations dans le domaine de la santé, précises et limitées dans le temps. Ces systèmes, complexes à mettre en place, s'inscrivent dans une durée de vie longue.

On peut distinguer trois phases dans la structuration des données pour des réutilisations secondaires, distinctes de l'utilisation initiale pour le soin :

- 1) **Collecte des données** : Les données sont d'abord collectées depuis les différentes sources constituant le SIH. Cette première étape technique de copie permet de centraliser ces données initialement cloisonnées dans chacun des SI. Elle permet également d'effectuer des opérations de traitement dans des environnements adaptés, sans risque d'affecter le fonctionnement premier de ces SI pour le soin. Une fois cette phase effectuée, les données ont changé d'environnement SI et sont chargées dans l'EDS hospitalier.
- 2) **Transformation des données** : La deuxième étape de transformation permet d'intégrer, d'harmoniser et de mettre en qualité ces données. Les schémas et les concepts des données provenant des différents systèmes sont rarement homogènes. Il y a donc un effort important de transformation et d'agrégation afin d'aboutir à un entrepôt exploitable. Les données de l'entrepôt désignent en général le jeu de données obtenu après cette étape. Mais le terme d'entrepôt de données est plus large et désigne également la plateforme technologique utilisée pour transformer ces données.
- 3) **Mise à disposition des données** : Enfin, il est nécessaire de mettre à disposition des jeux de données spécifiques (parfois nommés datamarts) à chaque usage secondaire de la donnée. Dans le cadre de la recherche, ceux-ci sont un sous-ensemble du jeu de données principal, ne contenant que la population d'intérêt. Dans le cadre de réutilisations pour le pilotage, l'organisation des soins ou l'amélioration du SIH, ce sont des vues adaptées au nouveau cadre d'utilisation. Des transformations spécifiques à l'usage secondaire peuvent être réalisées avant la mise à disposition.



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

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**INSTRUCTION N° DGS/EA/2023/160** du 20 octobre 2023 relative à la gestion des risques sanitaires en cas de présence de pesticides et métabolites de pesticides dans les eaux destinées à la consommation humaine, à l'exclusion des eaux conditionnées

Le ministre de la santé et de la prévention

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux  
des agences régionales de santé (ARS)

Copie à :

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

<b>Référence</b>	NOR : SPRP2326608J (numéro interne : 2023/160)
<b>Date de signature</b>	20/10/2023
<b>Emetteurs</b>	Ministère de la santé et de la prévention Direction générale de la santé (DGS)
<b>Objet</b>	Gestion des risques sanitaires en cas de présence de pesticides et métabolites de pesticides dans les eaux destinées à la consommation humaine, à l'exclusion des eaux conditionnées.
<b>Action à réaliser</b>	Prise en compte de modalités de gestion complémentaires proposées.
<b>Résultats attendus</b>	Retour d'expériences des ARS sur la mise en œuvre des modalités de gestion complémentaires proposées.
<b>Echéance</b>	Immédiate
<b>Contact utile</b>	Sous-direction Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation Bureau Qualité des eaux Mathilde MERLO Tél. : 06 68 69 29 71 Mél. : <a href="mailto:mathilde.merlo@sante.gouv.fr">mathilde.merlo@sante.gouv.fr</a>
<b>Nombre de pages et annexe</b>	4 pages et aucune annexe
<b>Résumé</b>	La présente instruction vient préciser l'instruction n° DGS/EA4/2020/177 du 18 décembre 2020 modifiée. Les modalités de gestion décrites sont exercées par les agences régionales de santé en lien avec les personnes responsables de la production et/ou de la distribution d'eau au titre du code de la santé publique.

	Cette instruction s'applique aux eaux destinées à l'alimentation des collectivités humaines, distribuées par un réseau public. Les eaux conditionnées n'entrent pas dans le champ d'application de cette instruction.
<b>Mention Outre-mer</b>	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle Calédonie, de Wallis et Futuna, de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin, de Saint-Pierre-et-Miquelon, des Terres Australes et Antarctiques Françaises et de Clipperton.
<b>Mots-clés</b>	Contrôle sanitaire, eau destinée à la consommation humaine, gestion des risques, qualité de l'eau, pesticides, métabolites de pesticides.
<b>Classement thématique</b>	Santé environnementale
<b>Textes de référence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Directive 2020/2184 du 16 décembre 2020 relative à la qualité des eaux destinées à la consommation humaine ;</li> <li>▪ Code de la santé publique (CSP), notamment ses article L. 1321-1-A à L. 1321-10, L. 1322-1 à L. 1322-14, R. 1321-1 à R. 1321-63, R. 1321-69 à R. 1321-97 et R. 1322-1 à R. 1322-44-23 ;</li> <li>▪ Instruction n° DGS/EA4/2020/177 du 18 décembre 2020 modifiée relative à la gestion des risques sanitaires en cas de présence de pesticides et métabolites de pesticides dans les eaux destinées à la consommation humaine, à l'exclusion des eaux conditionnées ;</li> <li>▪ Instruction n° DGS/EA4/2022/127 du 24 mai 2022 complétant l'instruction n° DGS/EA4/2020/177 du 18 décembre 2020 relative à la gestion des risques sanitaires en cas de présence de pesticides et métabolites de pesticides dans les eaux destinées à la consommation humaine, à l'exclusion des eaux conditionnées, en portant un avenant au guide qui y est annexé</li> </ul>
<b>Circulaire / instruction abrogée</b>	Néant
<b>Circulaire / instruction modifiée</b>	Néant
<b>Rediffusion locale</b>	Néant
<b>Validée par le CNP le 13 octobre 2023 - Visa CNP 2023-82</b>	
<b>Document opposable</b>	Oui
<b>Déposée sur le site Légifrance</b>	Non
<b>Publiée au BO</b>	Oui
<b>Date d'application</b>	Immédiate

L'attention du ministre chargé de la santé a été appelée par des directeurs généraux des agences régionales de santé sur la présence simultanée de plusieurs métabolites de pesticides dans les eaux destinées à la consommation humaine (EDCH), en particulier des métabolites de la chloridazone et du chlorothalonil.

Pour ces métabolites, les règles de gestion sont fixées par l'instruction du 18 décembre 2020 complétée par l'instruction du 24 mai 2022 et relative à la gestion des risques sanitaires en cas de présence de pesticides et métabolites de pesticides dans les EDCH. En application de ces instructions, les dépassements observés des valeurs sanitaires transitoires (VST) pourraient conduire à la restriction de la consommation d'eau du robinet pour plusieurs centaines de milliers de personnes sur le territoire national.

Ces règles de gestion résultent de l'application des principes fixés par la directive 2020/2184 du 16 décembre 2020 relative à la qualité des EDCH. Elles reposent sur l'application du principe de précaution compte tenu des incertitudes scientifiques sur les dangers et risques sanitaires associés à ces substances en l'absence de valeur sanitaire maximale (Vmax). Elles s'appuient de manière opérationnelle sur des valeurs conservatoires elles-mêmes à l'origine de modalités de gestion différentes entre les pays qui les appliquent.

Considérant les incertitudes scientifiques et l'attente de données avérées sur les éventuels dangers et risques, considérant qu'une mesure de restriction des usages alimentaires ne peut s'entendre que si son bien-fondé scientifique est fondé, considérant qu'une restriction des usages alimentaires dans cette circonstance serait complexe à mettre en place au regard de la population concernée et engendrerait d'autres risques notamment liés à des difficultés d'accès à l'eau potable, considérant enfin que ces mêmes situations ne conduisent pas les autres pays européens, et notamment l'Allemagne, à envisager de telles mesures de restriction, il a été décidé à l'issue d'un travail interministériel d'adapter les règles de gestion actuelles en cas de dépassement des VST pour les métabolites de la chloridazone et du chlorothalonil.

Dans une approche de gestion proportionnée de l'action publique vis-à-vis du risque sanitaire, il a été décidé de conduire, immédiatement, un plan d'actions interministériel comprenant :

- La sollicitation des agences d'expertise sanitaire (Anses et HCSP) pour répondre aux besoins de connaissances scientifiques en appui à la décision (niveau national) ;
- Des actions locales pour réduire les niveaux de contamination observés, dans le cadre d'un calendrier défini localement pour les actions déjà engagées. Ces actions nécessiteront la contribution du ministère chargé de l'écologie et un accompagnement fort des collectivités pour le déploiement des techniques de traitements efficaces des eaux ;
- L'information du consommateur en application de la réglementation européenne (niveau local) ;
- La sollicitation de la Commission européenne pour rapporter la situation en France et la comparer avec les autres Etats membres (niveau national).

**La mise en œuvre de ce plan d'action qui devra tenir compte de la situation de chaque territoire concerné, doit permettre de disposer des premiers résultats d'ici la fin décembre 2023. Dans cette attente, la recommandation de restriction d'usage prévue par les instructions précitées dans de telles circonstances ne s'applique pas. Cette recommandation concerne également le cumul des substances.**

Vous voudrez bien nous faire part, sous le présent timbre, des éventuelles difficultés rencontrées par vos services dans la mise en œuvre de cette instruction.

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

**signé**

Pierre PRIBILE

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

**signé**

Grégory EMERY



**GOVERNEMENT**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**INSTRUCTION INTERMINISTÉRIELLE N° DGCS/SD1B/SD5B/DGS/SP2/SP3/DSS/SD1A/2023/170** du 23 octobre 2023 relative à la campagne budgétaire, pour l'année 2023, des établissements et services médico-sociaux (ESMS) accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques : appartements de coordination thérapeutique (ACT), lits halte soins santé (LHSS), centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), lits d'accueil médicalisé (LAM), et « Un chez-soi d'abord »

Le ministre de la santé et de la prévention

La ministre des solidarités et des familles

Le ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, chargé des comptes publics

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux  
des agences régionales de santé (ARS)

Mesdames et Messieurs les préfets de région

Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux de l'économie,  
de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS)

Monsieur le directeur régional et interdépartemental de l'économie,  
de l'emploi, du travail et des solidarités (DRIEET)

Mesdames et Messieurs les préfets de département

Mesdames et Messieurs les directeurs des directions départementales  
de l'emploi, du travail et des solidarités (DDETS)

Mesdames et Messieurs les directeurs des directions départementales de l'emploi,  
du travail, des solidarités et de la protection des populations (DDETSPP)

<b>Référence</b>	NOR : FAMA2328370J (numéro interne : 2023/170)
<b>Date de signature</b>	23/10/2023
<b>Emetteurs</b>	Ministère des solidarités et des familles Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) Ministère de la santé et de la prévention Direction générale de la santé (DGS) Direction de la sécurité sociale (DSS) Ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique Direction de la sécurité sociale (DSS)

<b>Objet</b>	Campagne budgétaire, pour l'année 2023, des établissements et services médico-sociaux (ESMS) accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques : appartements de coordination thérapeutique (ACT), lits halte soins santé (LHSS), centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), lits d'accueil médicalisé (LAM), et « Un chez-soi d'abord ».
<b>Action à réaliser</b>	Délégation des crédits aux établissements et services médico-sociaux (ESMS) concernés.
<b>Résultat attendu</b>	Mise en œuvre de la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques.
<b>Echéance</b>	Immédiate
<b>Contacts utiles</b>	<p>Direction générale de la cohésion sociale  Service des politiques sociales et médico-sociales  Sous-direction Inclusion sociale, insertion et lutte contre la pauvreté  Bureau Accès aux droits, insertion et économie sociale et solidaire (SD1B)  Ghazi ZAROUÏ  Tél : 07 62 03 82 55  Mél. : <a href="mailto:ghazi.zaroui@social.gouv.fr">ghazi.zaroui@social.gouv.fr</a></p> <p>Service des politiques d'appui  Sous-direction Affaires financières et modernisation  Bureau Gouvernance du secteur social et médico-social (SD5B)  Agnès AYME  Tél : 06 58 38 39 05  Mél. : <a href="mailto:agnes.ayme@social.gouv.fr">agnes.ayme@social.gouv.fr</a></p> <p>Direction générale de la santé  Sous-direction Santé des populations et prévention des maladies chroniques  Bureau Prévention des addictions (SP3)  Malisa RATTANATRAY  Tél : 01 40 56 65 46  Mél. : <a href="mailto:malisa.rattanatray@sante.gouv.fr">malisa.rattanatray@sante.gouv.fr</a></p> <p>Bureau Infections par le VIH, IST, hépatites et tuberculose (SP2)  Morgane NICOT  Tél : 01 40 56 74 24  Mél. : <a href="mailto:morgane.nicot@sante.gouv.fr">morgane.nicot@sante.gouv.fr</a></p> <p>Direction de la sécurité sociale  Sous-direction du financement du système de soins  Bureau Établissements de santé et établissements médico-sociaux (1A)  Yasmina OUDJEDOUB  Tél : 01 40 56 46 15  Mél. : <a href="mailto:yasmina.oudjedoub@sante.gouv.fr">yasmina.oudjedoub@sante.gouv.fr</a></p>

<b>Nombre de pages et annexes</b>	<p>13 pages et 16 annexes (190 pages)</p> <p>Annexe 1 : Notifications régionales pour 2023</p> <p>Annexe 2 : Répartition des ACT par région</p> <p>Annexe 3 : Réalisation 2023 LAM LHSS EMSP ESSIP</p> <p>Annexe 4 : Enquête programmation 2024</p> <p>Annexe 5 : Rapport d'activité 2023 des ACT - hébergement</p> <p>Annexe 6 : Rapport d'activité 2023 des ACT - Hors les murs</p> <p>Annexe 7 : Bilan 2023 - Activités CSAPA CAARUD</p> <p>Annexe 8 : Rapport d'activité 2023 CSAPA - Structures avec hébergement</p> <p>Annexe 9 : Rapport d'activité 2023 CSAPA - Structures ambulatoires</p> <p>Annexe 10 : Rapport d'activité 2023 des LAM</p> <p>Annexe 11 : Rapport d'activité 2023 des LHSS</p> <p>Annexe 12 : Rapport d'activité 2023 des équipes mobiles SEGUR 27 - EMSP, LHSS mobile/de jour</p> <p>Annexe 13 : Rapport d'activité 2023 des équipes mobiles SEGUR 27 - ESSIP</p> <p>Annexe 14 : Cahier des charges national du dispositif ACT « Un chez-soi d'abord »</p> <p>Annexe 15 : Annexe tarifaire</p> <p>Annexe 16 : Recensement des prévisions d'installations 2023-2026</p>
<b>Résumé</b>	La présente instruction notifie les dotations régionales limitatives modifiées pour les établissements et services médico-sociaux (ESMS) accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques au titre de 2023. Elle fixe les modalités de mise en œuvre des mesures nouvelles pour ces mêmes structures.
<b>Mention Outre-mer</b>	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer.
<b>Mots-clés</b>	Établissements et services médico-sociaux (ESMS) pour personnes confrontées à des difficultés spécifiques ; mesures nouvelles ; ACT ; CAARUD ; CSAPA ; LHSS ; LAM ; « Un Chez-soi d'abord ».
<b>Classement thématique</b>	Établissements et services médico-sociaux
<b>Textes de référence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 ;</li> <li>- Arrêté fixant pour l'année 2023 l'objectif de dépenses d'assurance maladie et le montant total annuel des dépenses des établissements mentionnés à l'article L. 314-3-3 du Code de l'action sociale et des familles (<i>à paraître</i>) ;</li> <li>- Arrêté fixant pour l'année 2023 les dotations régionales limitatives de dépenses médico-sociales des établissements et services médico-sociaux publics et privés mentionnés à l'article L. 314-3-3 du Code de l'action sociale et des familles (<i>à paraître</i>).</li> </ul>
<b>Circulaire / instruction abrogée</b>	Néant
<b>Circulaire / instruction modifiée</b>	Néant
<b>Rediffusion locale</b>	Établissements et services médico-sociaux et organismes partenaires.
<b>Validée par le CNP le 29 septembre 2023 - Visa CNP 2023-80</b>	

<b>Document opposable</b>	Oui
<b>Déposée sur le site Légifrance</b>	Non
<b>Publiée au BO</b>	Oui
<b>Date d'application</b>	Immédiate

La présente instruction a pour objectif de détailler la construction des dotations régionales limitatives (DRL) et d'indiquer aux agences régionales de santé (ARS) les évolutions et priorités d'emploi des crédits.

L'objectif de dépenses correspondant au financement, par les régimes obligatoires d'assurance maladie, des établissements et des actions expérimentales mentionnés à l'article L. 314-3-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) au titre de l'année 2023, s'élève à **1 014,53 M€**, soit un taux de progression de **+10,05 %** par rapport à 2022.

Par ailleurs, l'objectif de dépenses correspondant au financement des établissements et services mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 du CASF et des actions expérimentales de caractère médical et social mentionnées à l'article L. 162-31 du Code de la sécurité sociale contribue aux mises en réserve destinées à garantir l'exécution de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) à hauteur de 55 M€ en 2023.

## **1. La définition des bases pérennes de tarification au 01/01/2023 : extensions en année pleine, opérations de fongibilité et mesures de reconduction**

### **1.1. Les crédits dédiés aux extensions en année pleine**

Le montant total des enveloppes consacrées aux extensions en année pleine (EAP) 2023 des mesures nouvelles de 2022 s'élève à **21,2 M€**. Ces EAP se répartissent ainsi :

<b>Mesures déléguées en 2022</b>	<b>Montant EAP 2023</b>
Addictologie et appartements de coordination thérapeutique (ACT dont ACT à domicile)	6 664 209 €
Lits halte soins santé (LHSS)	3 662 978 €
Lits d'accueil médicalisé (LAM)	3 724 287 €
Équipes mobiles santé précarité (EMSP/EMSP-LHSS mobiles et de jour)	2 229 190 €
Équipes spécialisées de soins infirmiers précarité (ESSIP)	705 553 €
Poursuite du dispositif « Un chez-soi d'abord »	205 591 €
Revalorisation salariale pour les personnels de la filière socio-éducative	3 500 000 €
Revalorisation salariale pour les médecins exerçant en établissements	533 333 €

Ces EAP ont été calculés de la manière suivante : prise en compte des crédits en base non consommés de façon pérenne, et financement du delta pour la partie non couverte en base, proportionnellement au poids de chaque dispositif dans les demandes prises en compte.

## 1.2. Les crédits de reconduction

Les crédits de reconduction en 2023 s'élèvent à **23,1 M€** :

- l'évolution tendancielle du coût de la vie et du contexte d'inflation exceptionnelle des charges financées par l'Objectif national d'assurance maladie (ONDAM) ;
- l'évolution de la masse salariale liée au glissement vieillesse technicité ;
- l'augmentation du point d'indice de la fonction publique de 3,5 % au 1<sup>er</sup> juillet 2022 et sa transposition dans le secteur privé (financement 2023 sur 6 mois) ;
- pour les établissements et services médico-sociaux (ESMS) publics uniquement, l'augmentation du point d'indice et des mesures de distribution de points d'indice bas salaires entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet 2023, ainsi que le versement de la prime en application du décret n° 2023-702 du 31 juillet 2023 portant création d'une prime de pouvoir d'achat exceptionnelle pour certains agents publics civils de la fonction publique de l'État et de la fonction publique hospitalière ainsi que pour les militaires. Ces mesures comprennent également l'extension de la prise en charge des transports collectifs, la revalorisation des frais de mission et des montants forfaitaires de compte-épargne temps (CET) ;
- les mesures salariales qui seront négociées ultérieurement pour la branche action sanitaire et sociale.

L'actualisation des dotations liées à ces dernières revalorisations pour le secteur privé non lucratif ne doit de ce fait pas être incluse dans la tarification à ce stade.

Ainsi, les ESMS concernés par la présente instruction bénéficieront dans cette campagne budgétaire des taux de reconduction suivants :

- de 2,55 % pour les établissements publics ;
- de 1,88 % pour les établissements du secteur privé non lucratif en l'attente d'une instruction complémentaire.

Les mesures salariales pour le secteur privé non lucratif feront l'objet d'une instruction ultérieure au titre de l'année 2023.

Dans le cadre de la procédure budgétaire que les agences régionales de santé (ARS) mèneront avec chaque établissement, l'application de ce taux doit être modulé en fonction de la situation propre à chaque ESMS.

## 2. Complément aux crédits délégués en 2022 pour l'extension du complément de traitement indiciaire (CTI) pour les professionnels de la filière socio-éducative

Dans le cadre de la conférence des métiers du 18 février 2022, une revalorisation de 183 euros nets par mois à partir du 1<sup>er</sup> avril 2022 a été accordée aux professionnels de la filière socio-éducative exerçant à titre principal des fonctions d'accompagnement des personnes accueillies dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux publics et privés, par équité avec les personnels soignants (à l'exception des professionnels exerçant dans les établissements rattachés à un établissement public de santé qui ont déjà bénéficié de cette revalorisation en 2021).

En complément des crédits alloués en 2022 en année pleine (10,5 M€ délégués en 2022 et 3,5 M€ en extension 2023), un complément de **9 M€** est délégué aux ARS cette année.

Ce complément apporté dans les dotations régionales a été réparti en tenant compte, d'une part, des résultats des enquêtes réalisées en 2022 (annexe 9 de la première instruction budgétaire 2022<sup>1</sup> et d'autre part, des délégations faites par les ARS aux établissements l'année précédente.

---

<sup>1</sup> Instruction interministérielle N° DGCS/1B/5B/DGS/SP2/SP3/DSS/1A/2022/112 du 19 avril 2022 relative à la campagne budgétaire, pour l'année 2022, des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques : appartements de coordination thérapeutique (ACT), lits halte soins santé (LHSS), centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), lits d'accueil médicalisé (LAM), et « Un chez-soi d'abord ».

### **3. Les mesures nouvelles : renforcement des dispositifs et création de places en 2023**

#### **3.1. Appartements de coordination thérapeutique (ACT)**

##### *3.1.1 Rappel du cadre (public, missions) des dispositifs d'ACT*

Les ACT accompagnent les personnes, **majeures ou mineures** (alors accompagnées d'au moins un des titulaires de l'autorité parentale) atteintes d'une **maladie chronique sévère** et présentant des **vulnérabilités psychologiques et sociales**. Un accompagnement est, en effet, indispensable pour ces patients dont la situation de précarité met en jeu la stabilisation de leur santé et, plus généralement, celle de leur bien-être et des autres dimensions de leur vie. Les usagers des ACT ne nécessitent pas une hospitalisation. Toutefois, leurs fragilités et leur dépendance dans l'accomplissement des gestes de la vie quotidienne affectent la bonne adhésion à leur parcours de soins ainsi que le suivi et la qualité de leurs démarches administratives et sociales.

Le décret n° 2020-1745 du 29 décembre 2020 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé », « lits d'accueil médicalisés » et « appartements de coordination thérapeutique » les définit ainsi :

- « Les appartements de coordination thérapeutique prévus au 9° du I de l'article L. 312-1 prennent en charge, **quelles que soient leur situation administrative**, des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer **le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion** ;
- Les établissements qui assurent la gestion des appartements de coordination thérapeutique assurent des missions **d'hébergement** à titre temporaire des personnes mentionnées au premier alinéa, ainsi que des missions d'accompagnement médico-social. Ils fonctionnent sans interruption ;
- Ils peuvent également assurer des missions complémentaires d'accompagnement médico-social **sans hébergement** pour les personnes mentionnées au premier alinéa ».

Ainsi, les ACT se déclinent en ACT avec hébergement, assurant un logement stable et adapté à leurs résidents, et en ACT « Hors les murs ». En effet, suite à une expérimentation fort concluante, le décret n° 2021-1170 du 9 septembre 2021 relatif aux équipes mobiles médico-sociales intervenant auprès de personnes confrontées à des difficultés spécifiques a complété le décret du 29 décembre 2020 précité en donnant un cadre juridique aux ACT « Hors les murs » (notamment).

Ces derniers soutiennent l'ambition de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé par le développement de « l'aller vers », voie de choix pour toucher les publics les plus éloignés du système de soins. Chaque ACT « Hors les murs » doit ainsi pouvoir accompagner des personnes atteintes d'une maladie chronique :

- qui disposent d'un logement mais se trouvent néanmoins en situation de vulnérabilité psychologique et sociale et pourraient utilement bénéficier d'un accompagnement par un ACT ;
- accueillies dans des dispositifs sociaux qui correspondent à leur niveau d'autonomie mais dont la prise en charge doit être adaptée à leur situation de santé, ce pour quoi les professionnels du secteur de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion (AHI) ne sont pas formés. L'accompagnement par l'ACT « Habitat à loyer modéré » (HLM) se caractérise alors par son centrage sur la santé, principalement autour de la coordination des soins, en complémentarité avec celui réalisé dans les autres domaines par les professionnels de l'établissement d'hébergement ;

- vivant à la rue ou dans des habitats de fortune qui ne peuvent ou ne veulent intégrer un ACT avec hébergement, en tout cas dans un premier temps, alors que leur état de santé réclame un accompagnement psycho-médicosocial immédiat.

Rattachés à un ACT avec hébergement et disposant des mêmes compétences, ils répondent ainsi au besoin de déployer des interventions pluridisciplinaires au sein de toute forme d'habitat et visent les usagers les plus éloignés de l'offre de soins et des dispositifs de prévention.

Il importe de noter que si l'accompagnement en ACT est temporaire, il n'est **pas limité dans le temps**. Il doit ainsi pouvoir se poursuivre autant que de besoin, jusqu'à ce que l'utilisateur soit autonome ou orienté vers un dispositif d'aval (structure de l'AHI, des secteurs personnes âgées [PA] ou personnes handicapées [PH], lit d'accueil médicalisé [LAM], etc.). La situation de départ d'un usager peut ainsi pleinement justifier une prise en charge non seulement inscrite dans le temps mais également sur un temps relativement long.

### 3.1.2 Financement de l'offre d'ACT en 2023

#### Prestations couvertes par la dotation globale de fonctionnement

Les ACT sont financés pour leur fonctionnement, en dotation globale. Celle-ci couvre **l'accueil, l'hébergement (pour les ACT avec hébergement), la coordination et le suivi des soins, l'accompagnement psycho-socio-éducatif**. Vient en recette en atténuation la **participation des usagers qui ont des ressources, laquelle doit être au maximum de 10 % du forfait journalier** hospitalier et ce, quelle que soit la modalité d'intervention de l'ACT (hébergement collectif ou en diffus, « Hors les murs » sachant néanmoins que les usagers accompagnés par ces derniers et hébergés dans une structure relevant de l'AHI ne versent pas de participation à l'ACT s'ils en versent déjà une dans leur structure d'hébergement).

Les ACT peuvent proposer à leurs usagers d'autres prestations comme la fourniture de repas. Le coût de ces dernières étant à assumer par les résidents, la structure doit alors en fixer le prix à assumer par les usagers qui souhaitent en bénéficier, celui-ci devant être aussi proche que possible du coût réel de ces prestations.

#### Coût annuel à la place

Les places d'ACT sont financées sur la base d'un coût annuel. Celui-ci doit prendre en compte la réalité des coûts que doivent assumer les ACT pour réaliser effectivement leurs missions et ce au niveau qualitatif attendu.

La révision de ce coût s'est donc imposée en regard des très fortes augmentations des charges des ACT issues du niveau inédit de l'inflation, particulièrement élevée pour ce qui concerne l'énergie alors même que ces structures ne bénéficient pas du bouclier tarifaire, et des multiples et légitimes revalorisations salariales de leurs professionnels. Pour ce faire, la Direction générale de la santé (DGS) a monté un groupe de travail avec des structures gestionnaires et la fédération qui les représente. Il a abouti à définir ainsi les nouveaux coûts annuels à la place des dispositifs d'ACT :

- ACT avec hébergement : 36 335 € en métropole et 43 460 € en Outre-mer ;
- ACT « Hors les murs » : 13 860 € en métropole et 16 632 € en Outre-mer.

#### Objectifs 2023

Cette année, il conviendra de veiller à ce que les ACT :

- continuent de contribuer à l'offre d'hébergement et « d'aller vers » destinée aux personnes en situation de précarité atteintes d'une maladie chronique et ce, **quelles que soient leur situation administrative et leurs ressources** (admission de personnes en situation irrégulière, sans ressources...). Il sera également opportun de s'assurer que chaque ACT « **Hors les murs** » intervient bien à **domicile et** dans les structures du secteur de **l'AHI et** dans la **rue** ou au sein des habitats précaires ;

- favorisent l'accueil et l'accompagnement des patients sortant de détention (fin de peine, aménagement ou suspension de peine, notamment pour raison de santé). Les ministères en charge de la santé et de la prévention et de la Justice ont souhaité renforcer la continuité des prises en charge coordonnées des personnes sortantes de détention atteintes de maladies chroniques. Les médecins des unités de soins en milieu pénitentiaire (USMP), les référents santé des directions interrégionales des services pénitentiaires (DISP) ainsi que les services départementaux pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) seront vos interlocuteurs dédiés pour faciliter l'accès des personnes sous main de justice aux dispositifs d'ACT ;
- favorisent les conditions permettant un parcours vers l'autonomie des patients, notamment par le déploiement de l'éducation thérapeutique au sein des établissements et services ;
- développent les compétences de leurs équipes et les partenariats avec les associations, réseaux et structures spécialisées implantées sur leur territoire de manière à pouvoir mieux accompagner les usagers ayant des pratiques addictives, des troubles neurocognitifs et/ou psychiatriques, en fin de vie ;
- permettent l'hébergement des accompagnants et leur orientation sur les dispositifs de droit commun.

**NB** : le cahier des charges pour la création de places d'ACT accueillant des personnes en situation ou à risque de handicap d'origine psychique, annexé à l'instruction n° DGCS/SD5C/DSS/DGS/2017/142 du 27 avril 2017, prévoyait la création de 30 places réparties en 3 groupes de 10 places réparties dans 3 régions différentes. Cette expérimentation reste à ce jour inscrite dans ce cadre limitatif.

### MN (mesures nouvelles) 2023

Les besoins auxquels répondent les ACT persistent et même augmentent : nombre de personnes vivant à la rue passé de 300 000 en 2021 à 330 000 en 2022 selon la Fondation Abbé Pierre, nombre de bénéficiaires des minima sociaux passé de 4 142 100 en 2015 à 4 464 800 en 2020, nombre de personnes reconnues en affection de longue durée (ALD) 6, 7 ou 8 passé de 2 517 418 en 2019 à 3 158 639 en 2020.

De même, les structures gestionnaires continuent de faire remonter les milliers de refus d'admission qu'elles sont contraintes d'opposer chaque année à des personnes dont la pathologie et les vulnérabilités relèvent pourtant pleinement des ACT.

Il est donc essentiel de poursuivre le développement des dispositifs d'ACT, d'autant qu'ils s'inscrivent dans les objectifs portés par :

- la Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 ;
- les actions contribuant à l'élimination du virus de l'hépatite C en France à l'horizon 2025 ;
- les rapports et enquêtes relatifs à l'hébergement, l'accompagnement et la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques.

Les demandes des ARS ont été analysées en regard de l'installation des places totalement ou partiellement financées antérieurement afin de garantir l'affectation des financements disponibles à l'installation effective d'un maximum de places.

Une enveloppe de 3 521 530 € est déléguée aux ARS pour l'année 2023. Après l'examen de leur opportunité, la répartition a été réalisée dans un souci d'équilibre entre les régions.

Elle a abouti au financement en année pleine, d'un objectif de création de 83 places d'ACT avec hébergement pour un montant de 1 816 750 € et de 258 places d'ACT « Hors les murs » pour un montant de 1 704 780 €.

Vous voudrez bien retourner l'annexe 2 complétée de façon exhaustive. Elle permet d'obtenir une vision de l'existant et de procéder à l'analyse de vos besoins. Merci de nous retourner vos envois à [DGS-SP2@sante.gouv.fr](mailto:DGS-SP2@sante.gouv.fr) pour le 31 janvier 2024 au plus tard.

Vous trouverez, par ailleurs, les nouvelles trames des rapports d'activité standardisés relatifs aux ACT avec hébergement et aux ACT « Hors les murs » (annexes 5 et 6). Issues d'un groupe de travail rassemblant structures gestionnaires, FSH, ARS et DGS, elles permettent à la fois de simplifier leur renseignement et de visibiliser de manière fiable et exhaustive l'activité des ACT. Les structures gestionnaires de votre territoire doivent les renseigner puis vous les transmettre ainsi qu'à la Fédération santé & habitat : [secretariat@sante-habitat.org](mailto:secretariat@sante-habitat.org)

### **3.2. Structures d'addictologie**

#### **3.2.1 Mesures nouvelles 2023**

Le montant à répartir pour le renforcement des structures d'addictologie des ARS ayant remonté des besoins de mesures nouvelles 2023 est de **5 707 673 €**.

Ces crédits vous permettent de conforter ou d'augmenter l'offre de prise en charge des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ambulatoires, des CSAPA résidentiels et des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) de vos territoires, en fonction des besoins structurels et prioritaires que vous avez identifiés.

Les mesures nouvelles 2023 sont déléguées sur 12 mois.

Ces crédits permettent également de poursuivre le déploiement des CSAPA référents en milieu pénitentiaire ; ce renforcement (0,5 ETP de travailleur social par CSAPA) concerne les CSAPA qui interviendront dans les nouvelles structures d'accompagnement vers la sortie (SAS) de Montpellier, du Mans, de Caen, de Valence, d'Avignon, de Meaux et du Val-d'Oise.

Pour 2023, le coût chargé de 0,5 équivalent temps plein (ETP) de travailleur social a été valorisé à 25 300 € en année pleine.

Il est rappelé qu'il est nécessaire de désigner nommément un CSAPA référent pour chaque établissement, même si plusieurs CSAPA interviennent dans cet établissement.

Il vous est demandé de bien vouloir faire parvenir, pour le 10 janvier 2024 au plus tard, à la DGS, Bureau SP3 ([dgs-sp3@sante.gouv.fr](mailto:dgs-sp3@sante.gouv.fr)), le nom des CSAPA référents désignés et d'indiquer le nom et la localisation des EP dans lesquels ils interviennent. Il vous est également demandé d'informer la DGS, Bureau SP3, de l'ouverture de nouveaux EP ou SAS afin que des crédits soient réservés pour la mise en place de CSAPA référents.

#### **3.2.2 Rapports d'activité 2023**

Conformément aux articles R. 314-49 et R. 314-50 du CASF, les structures doivent vous transmettre les rapports dûment complétés et accompagnés de leur compte administratif au plus tard le 30 avril qui suit l'année de l'exercice (soit le 30 avril 2024 pour le rapport sur l'activité de l'année 2023).

La transmission des rapports d'activité des CAARUD se fera par un site internet dédié (SOLEN). La campagne de saisie des rapports d'activité 2023 par voie dématérialisée sera ouverte au premier trimestre 2024 ; vous en serez informés par message électronique.

Les rapports d'activité 2023 des CSAPA ambulatoires et des CSAPA avec hébergement restent sur Excel ; vous les trouverez en annexes 8 et 9.

### 3.2.3 Autres bilans annuels

Par ailleurs, nous vous rappelons que conformément à l'instruction n° DGS/SP3/2019/68 du 27 mars 2019 relative à la généralisation du dispositif de préfiguration d'éthylotest antidémarrage (EAD), le recueil des données relatives à la mise en place de ce dispositif dans les CSAPA concernés doit être poursuivi en 2023. Enfin, le suivi de l'activité de dépistage par test rapide d'orientation diagnostique (TROD) doit être poursuivi en 2023. À ce titre, vous trouverez un nouveau modèle de rapport en annexe 7.

Il vous est demandé de transmettre les informations relatives :

- aux rapports d'activité des CSAPA (annexes 8 et 9) pour le 31 mai 2024 au plus tard à la DGS / Bureau SP3 ([dgs-sp3@sante.gouv.fr](mailto:dgs-sp3@sante.gouv.fr)) ;
- au bilan annuel de l'activité des CSAPA (annexe 7) pour le 10 janvier 2024 au plus tard à la DGS / Bureau SP3 ([dgs-sp3@sante.gouv.fr](mailto:dgs-sp3@sante.gouv.fr)).

### 3.3. ACT « Un chez-soi d'abord »

L'expérimentation « Un chez-soi d'abord » qui s'est déroulée entre 2011 et 2016 pérennisée par le décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 a créé un nouveau type d'ACT « Un chez-soi d'abord » comportant un logement accompagné et accueillant des personnes sans-abri présentant des maladies mentales sévères. Le décret n° 2020-1376 du 12 novembre 2020 modifiant les conditions d'accompagnement des dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord » a modifié les conditions d'accompagnement des dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord » en portant la capacité du dispositif à « au minimum de 55 personnes ».

Le déploiement débuté en 2017 et initialement lancé sur les grandes métropoles (100 places) avec une montée en charge sur trois ans pour chacun des sites a été étendu en 2020 sur les villes moyennes (55 places) puis depuis 2023 sur les zones rurales (55 places) avec une montée en charge sur deux ans.

#### EAP (Extensions en année pleine)

L'annexe 1 précise le montant délégué au titre des EAP 2023 sur les mesures nouvelles déléguées en 2022 (205 591 €).

#### Mesures nouvelles

Pour 2023, les objectifs de création de sites sont les suivants au titre du dispositif « Un chez-soi d'abord » :

\* La création de 4 sites de 55 places en année pleine (Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne, Occitanie, Nouvelle-Aquitaine) et une extension de 10 places en Corse ;

\* La seconde année de montée en charge en année pleine de 3 sites à 55 places (Grand Est, Île-de-France, La Martinique).

L'annexe 1 précise le montant des crédits délégués en mesure nouvelle en 2023 (soit 1 447 500 €). Le coût relatif à ces installations sera financé par les crédits délégués dans cette instruction et par la mobilisation de crédits versés antérieurement.

Le coût à la place réévalué pour les ACT « Un chez-soi d'abord » est fixé à 7 500 euros/an/personne.

Il est à noter que le dispositif « Un chez-soi d'abord », financé par l'ONDAM spécifique pour le volet accompagnement médico-social, bénéficie d'un cofinancement par le programme 177 pour le volet logement.

Afin de faciliter les projections 2024/2027 au regard de vos besoins en dispositif « Un chez-soi d'abord », il vous est demandé de remplir les colonnes prévues à cet effet dans l'annexe 4.

**3.4. Lits halte soins santé (LHSS), lits d'accueil médicalisés (LAM), équipes mobiles santé précarité (EMSP, LHSS mobiles ou de jour), équipes spécialisées de soins infirmiers (ESSIP) et expérimentation des LHSS « pédiatriques »**

□ **3.4.1 LAM/LHSS**

**Extensions année pleine (EAP)**

L'annexe 1 précise le montant des crédits délégués au titre des EAP 2023 des mesures nouvelles 2022 (3,7 M€ pour les LHSS et 3,6 M€ pour les LAM).

**Mesures nouvelles**

L'annexe 1 précise le montant des crédits délégués en année pleine en mesures nouvelles 2023 (**2,88 M€ pour LHSS et 1,7 M€ pour LAM**).

Pour 2023, il est fixé aux ARS un objectif de création de 70 places de LHSS et de 22 places de LAM. Le coût relatif à ces installations sera financé par les crédits délégués dans cette instruction et par la mobilisation de crédits versés antérieurement.

Le coût à la place est réévalué pour ces dispositifs, afin d'intégrer le coût des différentes mesures de revalorisations salariales, et la prise en compte de l'inflation.

Le coût à la place réévalué pour les LAM est fixé à un prix de journée de 224,59 € / jour / lit).

Le coût à la place réévalué pour les LHSS est fixé à un prix de journée de 126,68 € / jour / lit).

**3.4.2 EMSP (EMSP - LHSS mobiles et de jour) et ESSIP**

**Extensions année pleine (EAP)**

L'annexe 1 précise le montant des crédits délégués au titre des EAP 2023 des mesures nouvelles 2022 (2,2 M€ pour EMSP et 0,7 M€ pour ESSIP).

**Mesures nouvelles**

L'annexe 1 précise le montant des crédits délégués en année pleine en mesures nouvelles 2023 (4,3 M€ pour EMSP et 0,9 M€ pour ESSIP).

Le coût à la place est réévalué pour ces dispositifs, afin d'intégrer le coût des différentes mesures de revalorisations salariales et la prise en compte de l'inflation.

Cette réévaluation pour les EMSP est appliquée aux budgets prévisionnels remontés par les ARS, pour les mesures nouvelles retenues.

Pour les ESSIP, le coût à la place réévalué est fixé à 17 200 € par an.

**3.4.3 Expérimentation des LHSS pédiatriques**

Les places de LHSS financées par les crédits du Ségur de la santé, incluaient le financement d'une expérimentation de 48 places de LHSS pédiatriques, dédiées aux femmes sans hébergement, sortant de maternité, nécessitant une prise en charge médicale et psychosociale.

L'évaluation en cours de cette expérimentation, qui doit s'achever le 31 janvier 2023, vise à préciser les modalités de la pérennisation de ce dispositif en 2024.

L'annexe 4, « Programmation 2024 », vous permet de recenser les besoins sur ce dispositif, dans le cadre de la pérennisation programmée. L'évaluation en cours du dispositif permettra de préciser le cahier des charges, et le coût à la place du dispositif pérennisé. Ce recensement peut être fait uniquement en nombre de « places », dans l'onglet 2 « détail mesures nouvelles ».

#### 3.4.4 Fongibilité

Il est demandé aux ARS de compléter l'outil de reporting dédié à la fongibilité (cf. annexe 3, onglet 3), pour permettre de tracer l'ensemble des fongibilités intervenues de façon pérenne sur les dispositifs LAM/LHSS/EMSP/ESSIP, dans l'objectif d'ajuster, à la hausse ou à la baisse, le nombre de places dont l'installation reste attendue.

#### 3.4.5 Rapports d'activité LAM-LHSS-EMSP-ESSIP

Des modèles de rapports d'activité standardisés sont annexés à la circulaire pour les dispositifs LAM/LHSS/EMSP/ESSIP. Il est attendu que ces modèles de rapports d'activité, homogénéisés pour la première fois au niveau national pour ces dispositifs, servent de modèle pour la remontée des rapports d'activité pour l'année 2023.

En pratique, cette prise en compte devra être effective au plus tard pour les données 2024, si des gestionnaires n'étaient pas en mesure de les prendre en compte de façon complète, pour l'ensemble des champs définis, dès 2023.

#### 3.4.6 Communication de données

L'annexe 3 de la présente instruction (onglet 1), qu'il vous est demandé de compléter pour le 30 janvier 2024, permet d'établir un bilan consolidé au niveau national, du nombre de places de LHSS/LAM autorisées et installées au 31 décembre 2023.

Le second onglet de la même annexe, qu'il vous est également demandé de compléter pour le 30 janvier 2024, permet d'établir un bilan consolidé au niveau national, du nombre d'équipes mobiles et de places (EMSP, LHSS mobiles et de jour, ESSIP) financées et installées au 31 décembre 2023. Il permet également de déterminer les files actives (nombre de personnes prises en charge dans l'année) pour chaque dispositif. La complétude de la saisie de ces données est une condition indispensable à leur consolidation nationale, afin de permettre de mesurer l'impact de ces dispositifs et renforcer l'efficacité du pilotage régional et national de la dépense.

L'onglet 3 permet de retracer les opérations de fongibilité (cf. 3.4.4).

L'annexe 4 permet de préciser la programmation prévisionnelle pour l'année 2024, à la fois pour les installations programmées (en année pleine) sur des crédits 2022 et antérieurs (finalisation des objectifs d'installation fixés par la stratégie pauvreté et le Ségur de la santé, colonnes C à K), ainsi que le besoin prévisionnel de mesures nouvelles (colonnes L à W) pour le renforcement des dispositifs, voire leur mise en œuvre initiale (LHSS pédiatriques).

**Il vous est demandé de transmettre les informations relatives :**

- à l'annexe 3, bilans et fongibilité 2023, LAM/LHSS/EMSP, pour le 30 janvier 2024 au plus tard à la DGCS / Bureau SD1B ([DGCS-LAMLHSS@social.gouv.fr](mailto:DGCS-LAMLHSS@social.gouv.fr)) ;
- à l'annexe 4, programmation 2024, pour le 30 janvier 2024 au plus tard à la DGCS / Bureau SD1B ([DGCS-LAMLHSS@social.gouv.fr](mailto:DGCS-LAMLHSS@social.gouv.fr)) ;
- aux rapports d'activité des LAM/LHSS/EMSP/ESSIP (annexes 10 à 13) pour le 31 mai 2024 au plus tard à la DGCS / Bureau SD1B ([DGCS-LAMLHSS@social.gouv.fr](mailto:DGCS-LAMLHSS@social.gouv.fr)).

#### **4. Amélioration de la gestion prévisionnelle et du taux de consommation des enveloppes déléguées**

##### **4.1. Enquête relative à la campagne de tarification pour 2023**

La maquette transmise en annexe 15 vise à identifier, de manière globale et synthétique, l'état et la structure des crédits disponibles dans les dotations régionales limitatives (DRL) en fin de campagne. Elle identifie également les prévisions de mise en œuvre pour l'exercice suivant qui seront prises en compte dans la répartition des moyens de l'exercice suivant.

##### **4.2. Enquête relative au suivi de l'exécution et de la programmation pluriannuelle des installations et autorisations**

La maquette transmise en annexe 16 vise à suivre, de manière globale et synthétique, l'exécution des plans et des programmes nationaux, le rythme et le niveau de consommation des enveloppes de créations de places. Elle permet également de déterminer, en N-1, le niveau des crédits nécessaires au niveau national pour couvrir les installations prévues en N et facilitera la notification en N des crédits correspondant aux installations prévues par les ARS en N.

Il est nécessaire de procéder à un suivi rigoureux des dépenses engagées. La fiabilité de la saisie des données dans les outils mis à votre disposition est la condition indispensable à l'efficacité du pilotage régional et national de la dépense. C'est le cas notamment pour la nouvelle enquête relative à la programmation pluriannuelle qui servira de base à la construction de l'ONDAM 2023 et de vos DRL. Il importe que cette prévision repose sur une analyse rigoureuse de la probabilité des ouvertures de places par l'ARS.

De manière à opérer un suivi régulier et affiné de la consommation de l'ONDAM spécifique 2023, vous voudrez bien retourner l'annexe 15 pour le 29 février 2024, la réalisation effective de la tarification 2023 et la répartition des crédits tarifés.

Vous voudrez bien retourner l'annexe 16 pour le 29 février 2024 avec le recensement des prévisions d'installation sur la période 2023 à 2026 afin de calibrer le niveau prévisionnel des crédits de paiement 2024, ainsi que le recensement des installations effectives en 2023 permettant de dresser le bilan annuel d'engagement des plans nationaux aux adresses suivantes : [DGCS-5C-TARIF\\_PERF@social.gouv.fr](mailto:DGCS-5C-TARIF_PERF@social.gouv.fr) ; [DSS-SD1-BUREAU1A@sante.gouv.fr](mailto:DSS-SD1-BUREAU1A@sante.gouv.fr) ; [DGS-SP2@sante.gouv.fr](mailto:DGS-SP2@sante.gouv.fr) ; [dgs-sp3@sante.gouv.fr](mailto:dgs-sp3@sante.gouv.fr) et [DGCS-LAMLHSS@social.gouv.fr](mailto:DGCS-LAMLHSS@social.gouv.fr).

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



Pierre PRIBILE

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



Delphine CHAMPETIER

Pour la ministre et par délégation :  
Le directeur général de la cohésion sociale,



Jean-Benoît DUJOL

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



Grégory EMERY

**ANNEXE 1**  
**Notifications régionales pour 2023**

Région	DRL RECONDUCTIBLES			OPERATION DE PERIMETRE	DRL DEBUT DE CAMPAGNE
	DRL au 15/11/2022 (1)	Régularisation non reconductibles (2)	DRL au 31/12/2022 (3) = (1+2)	Opérations de fongibilité (4)	DRL au 01/01/2023 (5) = (3+4)
AUVERGNE RHONE-ALPES	77 257 514 €	-116 738 €	77 140 776 €	- €	77 140 776 €
BOURGOGNE FRANCHE-COMTE	38 798 533 €	-44 503 €	38 754 030 €	- €	38 754 030 €
BRETAGNE	28 061 868 €	-41 733 €	28 020 135 €	- €	28 020 135 €
CORSE	5 477 182 €	-3 864 €	5 473 318 €	- €	5 473 318 €
CENTRE VAL DE LOIRE	25 923 719 €	-35 470 €	25 888 249 €	- €	25 888 249 €
GRAND EST	69 821 598 €	-87 027 €	69 734 571 €	- €	69 734 571 €
GUADELOUPE	9 366 013 €	-6 203 €	9 359 810 €	- €	9 359 810 €
GUYANE	15 896 941 €	-6 776 €	15 890 165 €	- €	15 890 165 €
HAUTS-DE-France	86 439 296 €	-88 166 €	86 351 130 €	- €	86 351 130 €
ILE-DE-France	207 454 352 €	-198 926 €	207 255 426 €	- €	207 255 426 €
MARTINIQUE	11 163 655 €	-6 613 €	11 157 042 €	- €	11 157 042 €
NOUVELLE AQUITAINE	64 377 235 €	-93 335 €	64 283 900 €	- €	64 283 900 €
NORMANDIE	38 009 055 €	-41 356 €	37 967 699 €	- €	37 967 699 €
OCCITANIE	82 304 396 €	-84 358 €	82 220 038 €	- €	82 220 038 €
LA REUNION	14 470 325 €	-9 860 €	14 460 465 €	- €	14 460 465 €
MAYOTTE	2 815 570 €	-2 783 €	2 812 787 €	- €	2 812 787 €
PACA	75 226 874 €	-79 325 €	75 147 549 €	- €	75 147 549 €
PAYS DE LA LOIRE	33 794 910 €	-52 964 €	33 741 946 €	- €	33 741 946 €
<b>TOTAL DRL 2022</b>	<b>886 659 038 €</b>	<b>-1 000 000 €</b>	<b>885 659 038 €</b>	<b>0 €</b>	<b>885 659 038 €</b>

Région	DRL DEBUT DE CAMPAGNE	Extension année pleine 2023 des installations 2022	Actualisation	Mesures nouvelles						Autres opérations		DRL au 01/07/2023
	DRL au 01/01/2023	EAP 23 prévus dans le cadre des installations 2022	Actualisation 2023	Crédits reconductibles						Régularisation reconductibles	Régularisation non reconductibles	
				Σ des mesures nouvelles	Addictologie et ACT	LAM / LHSS	UCSD	ESSIP/EMSP	Complément CTI socio-éducatifs			
(1)	(2)	(3)	(4 = [2]5 0 9]	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(1)+(2)+(3)+(4)+(10)+(11)	
AUVERGNE RHONE-ALPES	77 140 776 €	3 474 878 €	2 055 699 €	3 725 644 €	985 732 €	0 €	412 500 €	1 382 159 €	945 253 €			86 396 997 €
BOURGOGNE FRANCHE-COMTE	38 754 030 €	378 172 €	997 871 €	1 240 064 €	761 790 €	0 €	0 €	0 €	478 274 €			41 370 137 €
BRETAGNE	28 020 135 €	2 702 309 €	783 422 €	2 294 482 €	1 554 106 €	0 €	412 500 €	0 €	327 876 €			33 800 349 €
CORSE	5 473 318 €	24 980 €	140 207 €	75 485 €	0 €	0 €	0 €	38 441 €	37 044 €			5 713 989 €
CENTRE VAL DE LOIRE	25 888 249 €	1 475 608 €	697 778 €	624 473 €	145 340 €	0 €	0 €	165 000 €	314 133 €			28 686 108 €
GRAND EST	69 734 571 €	2 482 571 €	1 841 537 €	2 094 097 €	1 146 715 €	369 890 €	210 000 €	0 €	367 493 €			76 152 777 €
GUADELOUPE	9 359 810 €	43 887 €	239 794 €	118 041 €	0 €	0 €	0 €	0 €	118 041 €			9 761 532 €
GUYANE	15 890 165 €	73 694 €	407 078 €	197 895 €	0 €	0 €	0 €	0 €	197 895 €			16 568 832 €
HAUTS-DE-FRANCE	86 351 130 €	398 962 €	2 212 078 €	1 305 783 €	426 460 €	0 €	0 €	0 €	879 323 €			90 265 950 €
ÎLE-DE-FRANCE	207 255 428 €	948 113 €	5 309 190 €	1 576 577 €	0 €	0 €	0 €	0 €	1 576 577 €			215 089 305 €
MARTINIQUE	11 157 042 €	50 031 €	285 780 €	133 661 €	0 €	0 €	0 €	0 €	133 661 €			11 626 515 €
NOUVELLE AQUITAINE	64 283 900 €	4 079 155 €	1 743 258 €	2 973 398 €	1 048 690 €	0 €	412 500 €	715 000 €	797 208 €			73 079 712 €
NORMANDIE	37 967 899 €	1 142 390 €	997 307 €	4 102 343 €	951 442 €	2 385 552 €	0 €	447 701 €	317 648 €			44 209 739 €
OCCITANIE	82 220 038 €	372 868 €	2 106 119 €	2 437 649 €	797 267 €	138 715 €	0 €	503 876 €	997 791 €			87 136 674 €
LA REUNION	14 460 465 €	64 491 €	370 386 €	498 534 €	326 398 €	0 €	0 €	0 €	172 136 €			15 393 876 €
MAYOTTE	2 812 787 €	107 124 €	74 458 €	33 152 €	0 €	0 €	0 €	0 €	33 152 €			3 027 521 €
PACA	75 147 549 €	2 279 470 €	1 974 389 €	3 092 138 €	324 074 €	0 €	0 €	1 857 240 €	910 825 €			82 493 547 €
PAYS DE LA LOIRE	33 741 946 €	1 128 441 €	889 195 €	2 973 189 €	761 190 €	1 713 670 €	0 €	93 720 €	404 609 €			38 732 771 €
<b>Total DRL</b>	<b>865 659 036 €</b>	<b>21 225 142 €</b>	<b>25 125 547 €</b>	<b>29 495 605 €</b>	<b>9 229 203 €</b>	<b>4 607 827 €</b>	<b>1 447 500 €</b>	<b>5 205 157 €</b>	<b>9 005 938 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>999 505 331 €</b>
<b>crédits non délégués</b>												<b>55 024 049 €</b>
<b>TOTAL ONDAM</b>												<b>1 014 530 380 €</b>

Régions	Enveloppe addictologie et ACT (dont ACT à domicile) reconductible notifiée en 2021	Tranferts au 01/01/2023	Base addictologie et ACT (hors ACT psy et Un chez soi d'abord) pour 2023	EAP 2023 des installations 2022 = EAP (1) + (2)	Actualisation 2023 (+2,55%)	Socle 2023 pour les structures addictologie et ACT ( hors ACT Psy et "un chez soi d'abord")	Mesures nouvelles 2023		
							ACT	ACT "hors les murs"	Structures d'addictologie (CSAPA ambulatoires, CSAPA hébergement, CAARUD)
AUVERGNE RHONE-ALPES	53 126 232	0	53 126 232	1 192 513	1 385 128	55 703 873	254 345	235 620	495 767
BOURGOGNE FRANCHE-COMTE	29 355 350	0	29 355 350	40 689	749 599	30 145 638	0	415 800	345 990
BRETAGNE	19 915 567	0	19 915 567	1 372 408	542 843	21 830 818	363 350	124 740	1 066 016
CORSE	4 123 751	0	4 123 751	0	105 156	4 228 906	0	0	0
CENTRE VAL DE LOIRE	18 849 677	0	18 849 677	577 614	495 396	19 922 687	145 340	0	0
GRAND EST	47 482 367	0	47 482 367	559 032	1 225 056	49 266 454	218 010	277 200	651 505
GUADELOUPE	5 525 363	0	5 525 363	0	140 897	5 666 260	0	0	0
GUYANE	11 732 328	0	11 732 328	0	299 174	12 031 503	0	0	0
HAUTS-DE-France	62 968 568	0	62 968 568	0	1 605 698	64 574 266	0	0	426 460
ILE-DE-France	136 510 298	0	136 510 298	0	3 481 013	139 991 311	0	0	0
MARTINIQUE	7 464 907	0	7 464 907	0	190 355	7 655 262	0	0	0
NOUVELLE AQUITAINE	48 080 877	0	48 080 877	921 250	1 249 554	50 251 681	327 015	166 320	555 355
NORMANDIE	26 739 649	0	26 739 649	660 377	698 701	28 098 727	290 680	207 900	452 862
OCCITANIE	59 391 929	0	59 391 929	0	1 514 494	60 906 423	0	0	797 267
La Réunion	8 034 445	0	8 034 445	0	204 878	8 239 323	0	0	326 398
Mayotte	1 253 136	0	1 253 136	0	31 955	1 285 091	0	0	0
PACA	53 607 602	0	53 607 602	756 760	1 386 291	55 750 653	0	0	324 074
PAYS DE LA LOIRE	23 783 190	0	23 783 190	583 567	621 352	24 988 109	218 010	277 200	265 980
<b>TOTAL</b>	<b>617 945 236</b>	<b>0</b>	<b>617 945 236</b>	<b>6 664 209</b>	<b>15 927 541</b>	<b>640 536 986</b>	<b>1 816 750</b>	<b>1 704 780</b>	<b>5 707 673</b>

Total Addictologie et ACT (hors ACT Psy et "un chez soi d'abord") 2023	Rappel base 2023 places ACT troubles psychiques	Actualisation 2023 (+2,55%)	Total ACT troubles psychiques 2023	Rappel base LHSS pour 2023	EAP LHSS 2023 des installations 2022 = EAP (3)	Actualisation 2023 (+2,55%)	Mesures nouvelles 2023	Total LHSS 2022	Rappel base LAM pour 2023	EAP LAM 2023 des installations 2022 = EAP (4)	Actualisation 2023 (+2,55%)	Mesures nouvelles 2023	Total LAM 2023
							LHSS					LAM	
56 689 605	0	0	0	9 140 000	529 606	246 575	0	9 916 180	7 248 735	833 362	206 093	0	8 288 190
30 907 428	0	0	0	3 351 689	95 032	87 891	0	3 534 613	2 636 437	53 120	68 584	0	2 758 140
23 384 924	0	0	0	2 701 423	338 068	77 507	0	3 116 998	2 189 478	456 376	67 469	0	2 713 323
4 228 906	0	0	0	356 132	0	9 081	0	365 213	266 521	0	6 796	0	273 317
20 068 027	0	0	0	2 586 066	253 962	72 421	0	2 912 450	2 187 675	134 048	59 204	0	2 380 927
50 413 169	0	0	0	8 362 044	785 822	233 271	369 890	9 751 027	7 215 837	313 888	192 008	0	7 721 733
5 666 260	0	0	0	1 388 714	0	35 412	0	1 424 126	1 814 568	0	46 271	0	1 860 839
12 031 503	0	0	0	1 846 106	0	47 076	0	1 893 182	1 583 146	0	40 370	0	1 623 516
65 000 726	0	0	0	9 107 598	0	232 244	0	9 339 842	6 837 409	0	174 354	0	7 011 763
139 991 311	339 079	8 647	347 725	28 813 219	0	734 737	0	29 547 956	21 448 717	0	546 942	0	21 995 659
7 655 262	0	0	0	1 271 036	0	32 411	0	1 303 447	1 532 608	0	39 081	0	1 571 689
51 300 371	339 079	8 647	347 725	5 643 814	935 980	167 785	0	6 747 579	4 287 624	1 379 239	144 505	0	5 811 368
29 050 169	0	0	0	4 107 640	189 240	109 570	1 155 959	5 562 409	3 350 624	62 156	87 026	1 229 593	4 729 398
61 703 690	339 079	8 647	347 725	7 816 182	0	199 313	138 715	8 154 210	6 439 376	0	164 204	0	6 603 580
8 565 721	0	0	0	2 625 773	0	66 957	0	2 692 730	1 896 495	0	48 361	0	1 944 855
1 285 091	0	0	0	636 987	0	16 243	0	653 230	546 434	43 416	15 041	0	604 891
56 074 727	0	0	0	7 333 094	343 744	195 759	0	7 872 597	5 656 696	363 795	153 523	0	6 174 014
25 749 299	0	0	0	3 660 549	191 523	98 228	1 221 829	5 172 129	3 029 711	84 888	79 422	491 841	3 685 863
649 766 189	1 017 236	25 940	1 043 175	100 748 066	3 662 978	2 662 482	2 886 393	109 959 919	80 168 089	3 724 287	2 139 256	1 721 434	87 753 066

Rappel base EMSP pour 2023	EAP EMSP 2023 des installations 2022	Actualisation 2023 (+2,55%)	Mesures nouvelles 2023	Total EMSP 2022	Rappel base ESSIP pour 2023	EAP ESSIP 2023 des installations 2022	Actualisation 2023 (+2,55%)	Mesures nouvelles 2023	Total ESSIP 2023	Base "Un chez soi d'abord" pour 2023	EAP "un chez soi d'abord" 2023 des installations 2022	Actualisation 2023 (+2,55%)	Mesures nouvelles 2023	Total "Un chez soi d'abord" 2023
			EMSP					ESSIP					USCD	
2 100 000	508 776	66 524	1 107 160	3 782 459	753 600	57 819	20 691	274 999	1 107 109	2 222 752	0	56 680	412 500	2 691 932
660 000	0	16 830	0	676 830	235 500	10 999	6 286	0	252 785	1 114 618	0	28 423	0	1 143 041
580 000	217 004	20 324	0	817 327	204 100	110 838	8 031	0	322 969	979 801	84 476	27 139	412 500	1 503 916
100 000	0	2 550	0	102 550	31 400	0	801	38 441	70 642	394 833	0	10 068	0	404 901
580 000	290 397	22 195	165 000	1 057 593	204 100	102 190	7 810	0	314 100	388 350	0	9 903	0	398 252
1 940 000	326 052	57 784	0	2 323 836	690 800	122 924	20 750	0	834 474	918 214	57 345	24 877	210 000	1 210 436
220 000	0	5 610	0	225 610	78 500	0	2 002	0	80 502	0	0	0	0	0
180 000	0	4 590	0	184 590	62 800	0	1 601	0	64 401	0	0	0	0	0
2 000 000	0	51 000	0	2 051 000	706 500	0	18 016	0	724 516	1 506 951	0	38 427	0	1 545 378
6 540 000	0	166 770	0	6 706 770	2 339 300	0	59 652	0	2 398 952	2 624 438	0	66 923	0	2 691 361
220 000	0	5 610	0	225 610	78 500	0	2 002	0	80 502	195 850	0	4 994	0	200 844
1 300 000	371 991	42 636	715 000	2 429 627	471 000	173 623	16 438	0	661 061	1 509 450	0	38 491	412 500	1 960 441
760 000	0	19 380	275 000	1 054 380	266 900	0	6 806	172 701	446 407	979 801	63 770	26 611	0	1 070 183
1 760 000	0	44 880	503 876	2 308 756	628 000	0	16 014	0	644 014	2 360 056	0	60 181	0	2 420 238
520 000		13 260	0	533 260	188 400		4 804	0	193 204	715 978	0	18 257	0	734 235
180 000	51 270	5 897	0	237 168	62 800	0	1 601	0	64 401	0	0	0	0	0
1 620 000	346 691	50 151	1 442 760	3 459 602	580 900	127 160	18 056	414 480	1 140 595	2 613 451	0	66 643	0	2 680 094
740 000	117 009	21 854	93 720	972 583	266 900	0	6 806	0	273 706	722 364	0	18 420	0	740 784
22 000 000	2 229 190	617 844	4 302 516	29 149 550	7 850 000	705 553	218 167	900 621	9 674 340	19 246 906	205 591	496 039	1 447 500	21 396 036

Base "Autres mesures rattachées au Ségur de la santé" (revalorisations salariales) pour 2023	EAP CTI "professionnels socioéducatifs"	EAP CTI "médecins en ESMS"	Actualisation 2023 (+2,55%)	Mesures nouvelles 2023	Total "Autres mesures rattachées au Ségur de la santé" pour 2023
				Complément revalorisation métiers socio-éducatifs (sur 12 mois)	
2 549 458	306 332	46 471	74 008	945 253	3 921 521
1 400 435	154 997	23 335	40 259	478 274	2 097 300
1 449 765	106 256	16 884	40 109	327 876	1 940 891
200 682	21 685	3 294	5 754	37 044	268 460
1 092 381	101 802	15 594	30 849	314 133	1 554 760
3 125 310	275 509	41 998	87 792	367 493	3 898 102
332 665	38 254	5 632	9 602	118 041	504 195
485 785	64 133	9 561	14 267	197 895	771 640
3 224 104	344 970	51 992	92 337	879 323	4 592 726
8 640 375	823 333	124 779	244 506	1 576 577	11 409 571
394 143	43 316	6 715	11 326	133 661	589 161
2 652 058	258 354	38 718	75 203	797 208	3 821 541
1 763 085	143 978	22 869	49 213	317 648	2 296 794
3 485 415	323 358	49 510	98 386	997 791	4 954 461
479 375	55 785	8 705	13 869	172 136	729 870
133 430	10 744	1 694	3 720	33 152	182 740
3 735 806	296 069	45 251	103 967	910 825	5 091 918
1 539 232	131 123	20 330	43 112	404 609	2 138 407
36 683 505	3 500 000	533 333	1 038 279	9 008 938	50 764 055

## ANNEXE 2 : Répartition des ACT par région

ACT avec hébergement - colonnes à compléter

Régions	Nombre total de places installées au 31/12/2022	Nombre de places autorisées mais non installées au 31/12/2022	Nombre de places restant à autoriser (délégations de crédits qui n'ont pas encore fait l'objet d'une autorisation)	Nombre total de places installées au 31/12/2023	Nombre de places autorisées mais non installées au 31/12/2023	Nombre de places restant à autoriser (délégations de crédits qui n'ont pas encore fait l'objet d'une autorisation)	Besoins de places d'ACT 2024	Besoins de places d'ACT 2025
Auvergne-Rhône-Alpes								
Bourgogne-Franche-Comté								
Bretagne								
Centre-Val de Loire								
Corse								
Grand Est								
Hauts-de-France								
Ile-de-France								
Normandie								
Nouvelle-Aquitaine								
Occitanie								
Pays de la Loire								
Provence-Alpes-Côte d'Azur								
<b>Sous total Métropole</b>								
Guadeloupe								
Martinique								
Guyane								
La Réunion								
Mayotte								
<b>Sous total DOM</b>								
<b>TOTAL</b>								

## ACT Hors les murs - colonnes à compléter

Régions	Nombre total de places installées au 31/12/2022	Nombre de places autorisées mais non installées au 31/12/2022	Nombre de places restant à autoriser (délégations de crédits qui n'ont pas encore fait l'objet d'une autorisation)	Nombre total de places installées au 31/12/2023	Nombre de places autorisées mais non installées au 31/12/2023	Nombre de places restant à autoriser (délégations de crédits qui n'ont pas encore fait l'objet d'une autorisation)	Besoins de places d'ACT 2024	Besoins de places d'ACT 2025
Auvergne-Rhône-Alpes								
Bourgogne-Franche-Comté								
Bretagne								
Centre-Val de Loire								
Corse								
Grand Est								
Hauts-de-France								
Ile-de-France								
Normandie								
Nouvelle-Aquitaine								
Occitanie								
Pays de la Loire								
Provence-Alpes-Côte d'Azur								
<b>Sous total Métropole</b>								
Guadeloupe								
Martinique								
Guyane								
La Réunion								
Mayotte								
<b>Sous total DOM</b>								
<b>TOTAL</b>								

## Annexe 3 : Réalisation 2023 LAM LHSS EMPS ESSIP

## Répartition régionale des LHSS et LAM

LHSS	LHSS			LAM						
	Nombre de LHSS autorisés au 31/12/2022	Nombre de LHSS installés au 31/12/2022	Nombre de LHSS financés par région au 31/12/2023	Nombre de LHSS autorisés au 31/12/2023	Nombre de LHSS installés au 31/12/2023	Nombre de LAM autorisés au 31/12/2022	Nombre de LAM installés au 31/12/2022	Nombre de LAM financés par région au 31/12/2023	Nombre de LAM autorisés au 31/12/2023	Nombre de LAM installés au 31/12/2023
Auvergne-Rhône-Alpes	213	186	260			Auvergne Rhône-Alpes	98	68	114	
Bourgogne-Franche-Comté	92	72	102			Bourgogne Franche-Comté	35	20	40	
Bretagne	67	67	75			Bretagne	29	29	32	
Corse	4	4	15			Corse	0	0	5	
Centre-Val de Loire	60	60	69			Centre-Val de Loire	32	30	32	
Grand Est	195	167	245			Grand Est	102	72	108	
Guadeloupe	22	0	40			Guadeloupe	0	0	25	
Z Guyane	35	35	41			Z Guyane	20	20	22	
Hauts de France	211	169	244			Hauts de France	80	44	96	
Île-de-France	560	495	779			Île-de-France	206	131	358	
Martinique	20	17	36			Z Martinique	18	9	21	
Nouvelle-Aquitaine	148	123	162			Nouvelle Aquitaine	15	15	71	
Normandie	100	100	128			Normandie	45	45	60	
Occitanie	177	177	223			Occitanie	82	78	108	
La Réunion	58	46	76			Z La Réunion	15	15	33	
Mayotte	0	0	23			Z Mayotte	0	0	12	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	176	154	200			Provence Alpes Côte d'Azur	87	75	87	
Pays de la Loire	88	88	105			Pays de la Loire	40	40	46	
<b>TOTAL</b>	<b>2226</b>	<b>1960</b>	<b>2823</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>TOTAL</b>	<b>904</b>	<b>691</b>	<b>1270</b>	<b>0</b>

## Répartition régionale des LHSS mobiles/ de jour / EMSP / ESSIP

Régions	Crédits en base LHSS mobiles/ de jour / EMSP au 31/12/23	Crédits consommés au 31/12/23	Nombre d'équipes installées au 31/12/2023	Dont équipes EMSP	Dont équipes LHSS "accueil de jour"	Dont équipes LHSS "hors les murs"	File active au 31/12/2023 (nombre de personnes prises en charge dans l'année)	Dont file active EMSP	Dont file active LHSS "accueil de jour"	Dont places files active LHSS "hors les murs"	Crédits en base ESSIP au 31/12/23	Crédits consommés au 31/12/23	Nombre d'équipes installées au 31/12/2023	Nombre de places d'ESSIP installées au 31/12/2023	File active au 31/12/2023 (nombre de personnes prises en charge dans l'année)
Auvergne-Rhône-Alpes	3 207 160 €										1 028 599 €				
Bourgogne-Franche-Comté	660 000 €										235 500 €				
Bretagne	580 000 €										204 100 €				
Corse	320 000 €										169 560 €				
Centre-Val de Loire	745 000 €										204 100 €				
Grand Est	1 940 000 €										690 800 €				
Guadeloupe	220 000 €										78 500 €				
Guyane	180 000 €										97 340 €				
Hauts-de-France	2 627 000 €										878 500 €				
Ile-de-France	6 540 000 €										3 720 901 €				
Martinique	220 000 €										78 500 €				
Nouvelle-Aquitaine	2 015 000 €										471 000 €				
Normandie	1 035 000 €										439 601 €				
Occitanie	2 310 000 €										628 000 €				
La Réunion	520 000 €										188 400 €				
Mayotte	180 000 €										62 800 €				
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3 062 760 €										995 380 €				
Pays de la Loire	833 720 €										266 900 €				
<b>TOTAL</b>	<b>27 195 640 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>10 438 481 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>

Commentaires libres

## Fongibilité pérenne des crédits LHSS/LAM/EMSP/ESSIP au 31/12/23

Régions	Origine LHSS		Origine LAM		Origine EMSP (+ LHSS de jour et mobile)		Origine ESSIP		Destination LHSS		Destination LHSS pédiatriques		Destination LAM		Destination EMSP		Destination ESSIP	
	En Euro	En places	En Euro	En places	En Euro	En places	En Euro	En places	En Euro	En places	En Euro	En places	En Euro	En places	En Euro	En places	En Euro	En places
Auvergne-Rhône-Alpes																		
Bourgogne-Franche-Comté																		
Bretagne																		
Corse																		
Centre-Val de Loire																		
Grand Est																		
Guadeloupe																		
Guyane																		
Hauts-de-France																		
Ile-de-France																		
Martinique																		
Nouvelle-Aquitaine																		
Normandie																		
Occitanie																		
La Réunion																		
Mayotte																		
Provence-Alpes-Côte d'Azur																		
Pays de la Loire																		
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Annexe 4 : Enquête programmation 2024										
		Besoins (€) pour le financement des installations 2024 sur des crédits 2022 ou antérieurs (sur 12 mois en année pleine) = Projets déjà lancés sur <b>crédits notifiés en 2022 ou antérieurs</b>								
ARS	Niveau de disponibilités au 01/01/2024	ACT	ACT "Hors les murs"	Structures d'addictologie (CSAPA ambulatoires, CSAPA hébergement, CAARUD)	LAM	LHSS	ACT Housing First - Un chez-soi d'abord UCSD (UCSD grandes villes et villes moyennes)	EMSP	ESSIP	Total besoins pour projets déjà lancés (2)
ARA										
BFC										
BRETAGNE										
CORSE										
CVL										
GRAND EST										
GUADELOUPE										
GUYANE										
HDF										
IDF										
MARTINIQUE										
NOUVELLE AQUITAINE										
NORMANDIE										
OCCITANIE										
LA REUNION										
MAYOTTE										
PACA										
PDL										



Détails des nouveaux projets 2024 sur crédits 2024														
	ACT		ACT Hors les murs		CAARUD		CSAPA ambulatoires		CSAPA avec hébergement		LAM		LHSS	
	Nombre de places	Nombre de mois	Nombre de places	Nombre de mois	Montant	Nombre de mois	Montant	Nombre de mois	Montant	Nombre de mois	Nombre de places	Nombre de mois	Nombre de places	Nombre de mois
AURA														
BFC														
Bretagne														
CORSE														
CVL														
GRAND EST														
GUADELOUPE														
GUYANE														
HDF														
IDF														
MARTINIQUE														
NOUVELLE AQUITAINE														
NORMANDIE														
OCCITANIE														
LA REUNION														
MAYOTTE														
PACA														
PDL														



## Annexe 5 : Rapport d'activité 2023 des ACT - hébergement

### Rapport d'Activité Standardisé Annuel 2024

Données **2023**

#### - Appartements de coordination thérapeutique -

Définitions : On appelle **personne accompagnée ou résident**, la personne atteinte d'une pathologie chronique étant accompagnée dans le dispositif ACT et qui occupe donc, une place autorisée. On appelle **accompagnants**, les personnes qui vivent avec cette personne accompagnée.

Région	
Département	
Année	2023

*Certaines cases possèdent un point rouge, si vous cliquez dessus, un commentaire apparaîtra*

#### I. La structure

##### 1- Identification de la structure

Nom de l'ACT	
Personne à contacter	
N° FINESS de l'ACT	

Adresse	
Code postal	
Commune	

Téléphone	
Adresse électronique	
Site Internet	

##### 2- Identification de l'organisme gestionnaire

Nom de l'organisme gestionnaire	
N° FINESS de l'entité juridique de rattachement	
Structuration de l'établissement	

Adresse	
Code postal	
Commune	

Téléphone	
Adresse électronique	
Site Internet	

## 3- Autres établissements et services gérés par la structure gestionnaire

		Oui/Non	Précisez :
Etablissement/service médico-social du secteur "personnes confrontées à des difficultés spécifiques"	LHSS, LAM, ACT un chez soi d'abord ...		
	CSAPA, CAARUD		
Etablissement/service médico-social	Secteur des personnes âgées		
	Secteur des personnes en situation de handicap		
Etablissement/service social relevant du secteur de l'accueil, de l'hébergement, de l'insertion ou du dispositif national d'accueil pour les demandeurs d'asile			
Etablissement/service sanitaire			
Service de prévention et d'accueil dont maraude			
SIAO, 115			
Service d'accompagnement social au logement, à l'insertion professionnelle			
Autre structure ou dispositif			

## 4- Frais de siège (article R314-87 CASF)

Oui/Non

Frais de siège	Oui/Non	Si oui, date d'autorisation

Article R314-87 CASF : "Les budgets approuvés des établissements ou services (sociaux et médico-sociaux) peuvent comporter une quote-part de dépenses relatives aux frais de siège social de l'organisme gestionnaire. Cette faculté est subordonnée à l'octroi d'une autorisation, délivrée à l'organisme gestionnaire par l'autorité désignée (...), qui fixe la nature des prestations, matérielles ou intellectuelles, qui ont vocation à être prises en compte".

## 5- Evaluation

Échéance pour la mise en œuvre de l'obligation d'évaluation externe
---

## 6- Projet d'établissement

Date d'entrée en vigueur	
Date d'échéance	

Oui/Non

Existe-t-il des critères d'admission formalisés dans le projet d'établissement ?

Précisez lesquels

--

## 7- Partenariats/conventions

	Oui/Non	Dont nombre de partenariats formalisés	Précisez le nom des établissements/services/dispositifs avec lesquels une convention de partenariat est signée ainsi que l'objet de la convention
Avec des structures médico-sociales spécialisées en addictologie			
Avec des structures médico-sociales du secteur "personnes confrontées à des difficultés spécifiques"			
Avec des structures médico-sociales du secteur "personnes âgées" ou "personnes en situation de handicap"			
Avec des structures/services sanitaires publics ou privés			
Avec des dispositifs d'accompagnement à la fin de vie/soins palliatifs			
Avec des CeGIDD			

Avec des dispositifs d'appui à la coordination (DAC)			
Avec des médecins généralistes libéraux			
Avec des infirmiers libéraux			
Avec des kinésithérapeutes libéraux			
Avec des CPAM			
Avec des ambulances ou taxis conventionnés			
Avec des pharmacies			
Avec des laboratoires de biologie médicale			
Avec des centres d'imagerie médicale			
Avec des centres de vaccination			
Avec des établissements/services sociaux ou des gestionnaires de logements adaptés			
Avec l'administration pénitentiaire			
Avec des associations caritatives			
Avec des services/dispositifs culturels ou de loisir			
Avec des bailleurs			
Autres, précisez			
TOTAL		0	

Commentaires

--

## II. MOYENS FINANCIERS DU DISPOSTIF ACT

A partir du compte administratif :

**Recettes :**

GI : Produits de la tarification	
GII : Autres produits relatifs à l'exploitation	
GIII : Produits financiers et produits non encaissables	

Montant total de la participation des résidents réellement enregistré comme produit	
--	--

**Charges :**

GI : Dépenses liées à l'exploitation courante	
GII : Dépenses liées au personnel	
GIII : Dépenses liées à la structure	

Montant total annuel de l'aide financière attribuée aux personnes accompagnées	
---	--

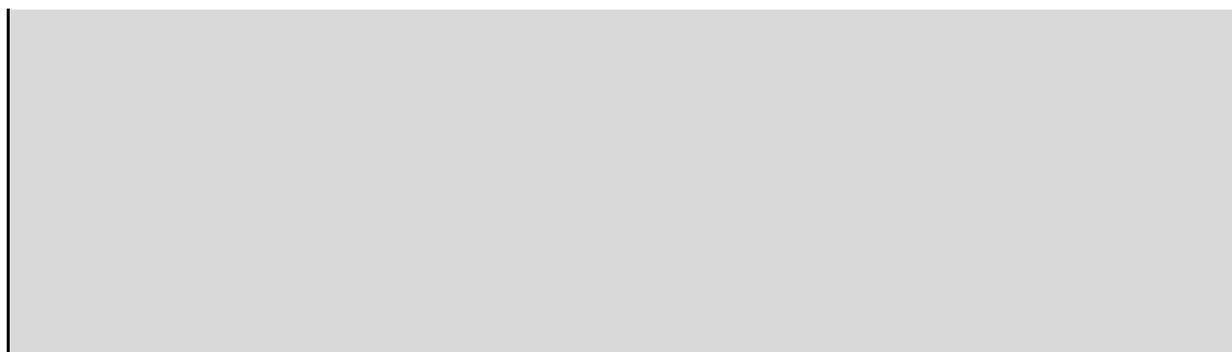
Montant total annuel de l'aide en nature attribuée aux personnes accompagnées	
--	--

Descriptions des aides financières et en nature attribuées aux personnes accompagnées ou à leurs accompagnants :

--

Commentaires

--



### III. L'EQUIPE SALARIALE DU DISPOSITIF ACT

Convention collective

En nombre d'Equivalent Temps Plein Travaillé-ETPT au **31/12** de l'année concernée

ETPT : un temps plein correspond à 35 heures par semaine (exemple : un mi-temps est compté 0,5 ETPT)

	Salariés de la structure (en ETPT)	Vacations (en ETPT)	Mis à disposition par d'autres structures (en ETPT)	Total
Médecin généraliste				0,00
Médecin spécialiste				0,00
Infirmier diplômé d'état (IDE)				0,00
Psychologue				0,00
Kinésithérapeute				0,00
Diététicien				0,00
Aide-soignant				0,00
Auxiliaire de soins				0,00
Auxiliaire de puériculture				0,00
Art-thérapeute, équithérapeute, canithérapeute, masseur...				0,00
Assistant de service social				0,00
Educateur spécialisé				0,00
Educateur jeunes enfants				0,00
Moniteur-éducateur				0,00
Conseiller en économie sociale et familiale (CESF)				0,00
Technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF)				0,00
Auxiliaire de vie sociale				0,00
Aide médico-psychologique				0,00
Maître de maison				0,00
Médiateur en santé/santé mentale				0,00
Pair-aidant				0,00
Conseiller conjugal et familial				0,00
Chargé de mission logement				0,00
Conseiller emploi / insertion				0,00
Enseignant en activités sportives adaptées				0,00

Animateur				0,00
Directeur				0,00
Chef de service				0,00
Assistant de direction				0,00
Secrétaire				0,00
Comptable				0,00
Agent d'accueil				0,00
Agent technique, ouvrier				0,00
Professionnel de l'entretien des locaux				0,00
Veilleur de nuit				0,00

autres précisez :

				0,00
				0,00
				0,00
				0,00
				0,00
				0,00

<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>
--------------	----------	----------	----------	-------------

Stagiaires				0,00
Service civique				0,00

L'équipe dédiée est-elle structurée et stable ?  
 Nombre de personnes

Effectifs réels dans la structure	
Nombre de départs dans l'année	
Nombre de recrutements dans l'année	

Temps partagés entre membres de l'équipe :  
 Nombre d'heures dans l'année

pour des réunions d'équipe	
pour des synthèses	
pour de l'analyse des pratiques	

Commentaires (impact de la présence d'accompagnants, nouveaux accompagnements mis en place ...)

#### IV. LA FILE ACTIVE

File Active : les personnes affectées par une maladie chronique occupant une place autorisée du dispositif ACT hors les murs (hors accompagnants)

Accompagnants : les autres personnes vivant dans le même "lieu de vie"

	Femme	Homme	Transgenre	Mineur	Total
Nombre de personnes accompagnées dans l'année (File active)					0
<b>Dont</b> nombre de personnes allophones					0
<b>dont</b> nouvelles personnes accompagnées dans l'année					0
<b>dont</b> nombre de sortants dans l'année					0

Langues parlées par les personnes accompagnées	
--	--

	Adulte	Mineur	Total
Nombre total d'accompagnants dans l'année			0
<b>dont</b> nouveaux accompagnants dans l'année			0

Nombre de personnes accompagnées (file active) ayant résidé dans l'année avec un ou plusieurs accompagnants	
Dont avec accompagnants(s) adulte(s) uniquement	
Dont avec accompagnants(s) adulte(s) et mineur(s)	
Dont avec accompagnants(s) mineur(s) uniquement	
	0

## V. CAPACITES ET MODALITES D'HEBERGEMENT

### 1- Capacité

au 31/12 de l'année concernée (hors places accompagnant)

Nombre total de places autorisées au 31/12	
dont nombre total de places installées au 31/12	
dont nouvelles places autorisées au cours de l'année	

### 2- Modalités d'hébergement

	Nombre de places installées
En hébergement individuel	
en hébergement semi-collectif	
en hébergement collectif	
Total	0

	Oui/Non
Une présence est-elle assurée 24h/24 ?	
Existe-t-il un dispositif d'astreinte ?	

Nombre de places accessibles pour les personnes à mobilité réduite (tout accessible)	
--	--

Commentaires (impact de la présence des accompagnants...)

## VI. SITUATION DES PERSONNES ACCOMPAGNEES

### 1- Situation administrative - droit au séjour (ne pas tenir compte des accompagnants)

Ces items ont pour l'objet de valoriser le travail d'ouverture des droits et d'insertion sociale réalisée en ACT

Personnes accompagnées pendant l'année (file active) : situation à l'entrée	Personnes sorties dans l'année (file active) : situation à la sortie (personne décédée comprise)
---	--

Personne de nationalité française (CNI, passeport, sans document...)		
Personnes détenant la nationalité d'un pays membre de l'Union européenne		
Personnes originaires d'un autre pays en situation régulière		
Personnes originaires d'un autre pays en situation irrégulière		

autres précisez :

Ne sait pas/ non renseigné		
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

### 2- Protection maladie (ne pas tenir compte des accompagnants)

**Protection maladie de base :**

Personnes accompagnées pendant l'année (file active) : situation à l'entrée	Personnes sorties dans l'année (file active) : situation à la sortie
---	---

Nombre de personnes bénéficiant d'une protection maladie de base		
---	--	--

Nombre de personnes ne bénéficiant pas d'une protection maladie de base		
Ne sait pas/ non renseigné		
Total	0	0

**Protection complémentaire :**

Personnes accompagnées pendant l'année (file active) : situation à l'entrée

Personnes sorties dans l'année (file active) : situation à la sortie

Nombre de personnes bénéficiant d'une protection complémentaire		
Nombre de personnes ne bénéficiant pas d'une protection complémentaire		
Ne sait pas/ non renseigné		
Total	0	0

Personnes accompagnées pendant l'année (file active) : situation à l'entrée

Personnes sorties dans l'année (file active) : situation à la sortie

Nombre de personnes accompagnées bénéficiant de la reconnaissance ALD		
Nombre de personnes accompagnées ne bénéficiant pas de la reconnaissance ALD		
Ne sait pas/ non renseigné		
Total	0	0

**3- Ressources (Ne pas tenir compte des accompagnants)**

Ressource principale : indiquez une seule source (la plus importante) de revenus par personne. Pour un résident mineur, indiquez la ressource principale de la famille (des accompagnants) si possible.

Personnes accompagnées pendant l'année (file active) : situation à l'entrée

Personnes sorties dans l'année (file active) : situation à la sortie

Nombre de personnes ayant des revenus d'activité (salaire et primes) ou de remplacement		
Nombre de personnes bénéficiant d'allocations ou assimilés		

Sans revenu		
autres précisez :		
Ne sait pas/ non renseigné		
Total	0	0

#### 4- Situation professionnelle (Ne pas tenir compte des accompagnants)

Indiquez une seule situation par personne

	Personnes accompagnées pendant l'année (file active) : situation à l'entrée	Personnes sorties dans l'année (file active) : situation à la sortie
En emploi (temps plein ou partiel)		
Scolarisé ou en formation		
Demandeur d'emploi		
Retraite ou préretraite		
En invalidité ou inaptitude au travail reconnue par la MDPH		
Sans activité professionnelle, ni scolarisation, ni formation		
Sans autorisation administrative de travailler		
autres, précisez :		
Ne sait pas/ non renseigné		
Total	0	0

## VII. ACTIVITES REALISEES

Ne concerne que les professionnels mentionnés dans la partie III

### 1- Pré-admission

Nombre d'entretiens de pré-admission dans l'année

### 2- Modalités de l'accompagnement médico-psycho-social

Nombre d'entretiens individuels dans l'année par type de professionnels (si plusieurs intervenants participent à l'entretien individuel, compter 1 par intervenant)

	Nombre d'entretiens individuels	Nombre de personnes accompagnées concernés
Médecin		
Personnel paramédical		
Psychologue		
Professionnels de la filière socio-éducative		
Directeur ou chef de service		
Autre, précisez		

Nombre d'activités de groupe dans l'année	
Nombre de personnes accompagnées ayant participé à ces activités de groupe	

Précisez ces activités de groupes

Nombre d'accompagnements dans l'année pour une démarche extérieure (rendez-vous médicaux, démarches administratives...)	
Nombre de personnes accompagnées (file active) concernées par ces accompagnements	

## 3- Soutien et suivi après la sortie du dispositif

Oui/Non

Existe t-il un service de suivi après la sortie du dispositif ?	
---	--

Nombre de personnes sorties dans l'année ayant bénéficié d'un suivi / soutien après leur sortie	
---	--

1 à 3 mois

3 à 6 mois

6 mois à 1 an

Nombre de personnes sorties suivies dans l'année			
--	--	--	--

Total

0

Décrivez le type de suivi proposé

--

#### 4- Intervention de prestataires extérieurs auprès des personnes accompagnées

Nombre de personnes  
accompagnées (file active)  
nouvellement concernées dans  
l'année (hors changement de  
prestataires)

Hospitalisation à domicile, soin palliatif à domicile...	
Infirmiers à domicile, SSIAD, infirmiers libéraux, ...	
Appareillage médicalisé (oxygène à domicile, lits médicalisés, ...)	
Pharmacien, pharmacien à domicile	
Kinésithérapeute	
Diététicien	
Ophtalmologue, opticien	
Pédicure, podologue	
Dentiste, orthodontiste	
Ergothérapeute	
Psychologue	
Médecin traitant	
Médecin généraliste (non médecin traitant)	
Psychiatre	
Autres médecins spécialistes (chirurgie)	
Autres médecins spécialistes (soins)	
CAARUD, service addictologie...	

autres professionnels (para) médicaux, précisez :

Service d'interprétariat	

Conseiller en insertion professionnelle	
Accès à la formation/alphabétisation	
Juriste, avocat	
Service pénitentiaire d'insertion et probation	
Tutelle, curatelle	

autres professionnels, précisez :


Commentaires

--

5- Modalités d'intervention spécifique pour l'accueil des personnes sous main de justice

--

6- Descriptif qualitatif de l'activité

--

## VIII. CANDIDATURES, ADMISSIONS et REFUS D'ADMISSION

## 1- Candidatures

Il s'agit ici de toutes les candidatures reçues et pas uniquement les candidatures des nouveaux entrants

	Femme	Homme	Transgenre	Mineur	Total
Nombre de candidatures reçues dans l'année					0
<b>dont</b> nombre de candidatures avec accompagnant					0

Indiquez le nombre de candidatures reçues dans l'année, en fonction de la pathologie chronique  
Indiquez une seule pathologie par candidature

	Femme	Homme	Transgenre	Mineur	Total
Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le VIH					0
Hépatite B					0
Hépatite C					0
Tumeur maligne (cancer), affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique (exemple : lymphome)					0
Diabète de type 1 et diabète de type 2 de l'adulte ou de l'enfant					0
Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif (insuffisance rénale)					0
Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves					0
Accident vasculaire cérébral invalidant					0
Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave					0

Insuffisance respiratoire chronique grave (exemple : asthme grave)					0
Affections psychiatriques de longue durée (exemples : dépression récurrente, troubles bipolaires)					0
Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques					0
Bilharziose compliquée					0
Maladie coronaire : infarctus du myocarde					0
Tuberculose active, lèpre					0
Cirrhoses					0
Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques					0
Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères					0
Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves					0
Maladie d'Alzheimer et autres démences					0
Maladie de Parkinson					0
Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé					0
Mucoviscidose					0
Paraplégie					0
Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique					0
Polyarthrite rhumatoïde évolutive					0
Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives					0
Sclérose en plaques					0
Scoliose idiopathique structurale évolutive					0
Spondylarthrite grave					0
Suites de transplantation d'organe					0
Autres, précisez					
Addictions					0

Situations de handicap					0
Pas de pathologie chronique					0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
Ne sait pas, non renseigné					0
Total	0	0	0	0	0

Parmi les candidatures reçues dans l'année, combien de personnes étaient atteintes de plusieurs pathologies chroniques ?	
Parmi les candidatures reçues dans l'année, combien de personnes présentaient des conduites addictives ?	

## 2- Admissions

Nombre de personnes admises dans l'année de référence	0
Nombre de personnes admises sur liste d'attente	

Nombre de personnes accompagnées, admises dans l'année, orientées par :

Indiquez un seul service orientateur par personne admise

Etablissement ou service médico-social du secteur de l'addictologie	
Etablissement ou service médico-social du secteur des personnes en situation de handicap	
Lit d'accueil médicalisé (LAM)	
Lit halte soin santé (LHSS), LHSS mobiles, LHSS de jour	
ACT hors les murs d'un autre ou du même gestionnaire	
ACT d'un autre gestionnaire	
Etablissement social d'hébergement du dispositif AHI	
Etablissement social d'hébergement relevant du dispositif national d'accueil (DNA)	
Services sociaux municipaux/départementaux	
Services sociaux hospitaliers et autres établissements sanitaires publics ou privés	
SPIP ou USMP	
Association d'aide aux malades	
Autre établissement au service de l'association ou du service	
Initiative de la personnes ou des proches	
Initiative du médecin traitant	
Professionnels du 1 <sup>er</sup> recours	
Equipe mobile santé précarité et maraude	

115/La veille sociale/le SIAO	
Services spécialisés : prostitution...	
autres, précisez :	
Ne sait pas, non renseigné	
Total	0

## 3- Refus d'admission

Dossiers de candidature encore en cours de traitement au 31/12	
Nombre de refus de candidature calculé	0

Nombre de refus d'admission en raison d'une absence de place disponible	
Nombre de refus car la personne nécessite une prise en charge hospitalière	
Nombre de refus car la personne manque d'autonomie et/ou relève d'un autre dispositif	
Nombre de refus en raison des conduites addictives	
Nombre de refus en raison des comorbidités psychiatriques	
Nombre de refus car le dossier est hors critères médicaux (pas de pathologie chronique, pas de nécessité de coordination médicale)	
Nombre de refus car la personne possède déjà un logement autonome	
Nombre de refus car une coordination médicale est déjà en place	
Nombre de refus car uniquement un besoin urgent d'un logement	
Nombre de refus car les modalités d'accueil ne permettent pas d'accueillir la personne	
Nombre de refus car le dossier est incomplet	
Nombre de refus car la personne n'a pas donné suite, une autre solution a été trouvée, la personne a refusé...	
Nombre de refus car la personne ne parle pas suffisamment le français	
Nombre de refus car la personne est sans perspective de sortie du dispositif	
Nombre de refus car la personne est originaire d'un autre département ou d'une autre région	
Nombre de refus car la personne est hors critère sociaux (trop de revenus, ...)	

autres, précisez :	
Ne sait pas, non renseigné	
Total	0

## Commentaires

--

## IX. PROFIL DE LA FILE ACTIVE

La file active : les personnes occupant une place du dispositif dans l'année (personnes présentes au 31/12 + personnes sorties dans l'année)

## 1- Age des personnes accompagnées (ne pas tenir compte des accompagnants)

Nombre de personnes accompagnées de moins de 18 ans	
Nombre de personnes accompagnées entre 18 et 45 ans compris	
Nombre de personnes accompagnées entre 46 et 60 ans compris	
Nombre de personnes accompagnées de 61 ans ou plus	
Total	0

## 2- Origine géographique (ne pas tenir compte des accompagnants)

Nombre de personnes accompagnées :

domiciliées dans le département	
domiciliées dans un autre département de la région	
domiciliées dans d'autres régions	
Sans domiciliation	
autre, précisez	
Ne sais pas, non renseigné	
Total	0

## 3- Logement/hébergement avant l'admission (ne pas tenir compte des accompagnants)

Nombre de personnes accompagnées :

ayant un logement durable avant l'admission en ACT	
ayant un hébergement provisoire ou précaire ou dans un habitat indigne, incurique ou inaccessible	
sans hébergement	

autre, précisez

Ne sais pas, non renseigné	
Total	0

## 4- Situation familiale (ne pas tenir compte des accompagnants)

Nombre de personnes accompagnées :

Célibataires	
En couple	
Ne sait pas, non renseigné	
Total	0

## 5- Personnes sous main de justice ou sortant de prison (ne pas tenir compte des accompagnants)

Nombre de personnes accompagnées sous main de justice ou sortant de prison	
--	--

Dont (situation à l'admission) :

Aménagement de peine	
Suspension de peine pour raison médicale	
Sortie de prison (libération)	
Ne sait pas, non renseigné	
total	0

Commentaires

## 6- Profil des personnes accompagnées en fonction de leur(s) pathologie(s) (Ne pas tenir compte des accompagnants)

**Pathologie chronique principale** (indiquez une pathologie par personne)

Nombre de personnes ayant la pathologie chronique suivante, ayant justifié l'admission :

	Femme	Homme	Transgenre	Mineur	Total
Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le VIH					0
Hépatite B					0
Hépatite C					0

Tumeur maligne (cancer), affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique (exemple : lymphome)					0
Diabète de type 1 et diabète de type 2 de l'adulte ou de l'enfant					0
Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif (insuffisance rénale)					0
Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves					0
Accident vasculaire cérébral invalidant					0
Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave					0
Insuffisance respiratoire chronique grave (exemple : asthme grave)					0
Affections psychiatriques de longue durée (exemples : dépression récurrente, troubles bipolaires)					0
Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques					0
Bilharziose compliquée					0
Maladie coronaire : infarctus du myocarde					0
Tuberculose active, lèpre					0
Cirrhoses					0
Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques					0
Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères					0

Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves					0
Maladie d'Alzheimer et autres démences					0
Maladie de Parkinson					0
Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé					0
Mucoviscidose					0
Paraplégie					0
Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique					0
Polyarthrite rhumatoïde évolutive					0
Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives					0
Sclérose en plaques					0
Scoliose idiopathique structurale évolutive					0
Spondylarthrite grave					0
Suites de transplantation d'organe					0
Autres, précisez					0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
Ne sait pas, non renseigné					0
Total	0	0	0	0	0

### Comorbidités chroniques associées

Ne pas considérer les infections non chroniques, les effets post-chirurgicaux, l'incontinence, la perte d'autonomie ... comme des comorbidités chroniques

Nombre de personnes accompagnées avec au moins une comorbidité chronique (hors addiction et situation de handicap)	
--	--

Nombre de personnes ayant la comorbidité chronique suivante :

Plusieurs comorbidités peuvent être comptabilisées par personne

Ne pas comptabiliser à nouveau les pathologies principales (déjà mentionnées dans le tableau ci-dessus)

	Femme	Homme	Transgenre	Mineur	Total
Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le VIH					0
Hépatite B					0
Hépatite C					0
Tumeur maligne (cancer), affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique (exemple : lymphome)					0
Diabète de type 1 et diabète de type 2 de l'adulte ou de l'enfant					0
Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif (insuffisance rénale)					0
Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves					0
Accident vasculaire cérébral invalidant					0
Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave					0
Insuffisance respiratoire chronique grave (exemple : asthme grave)					0
Affections psychiatriques de longue durée (exemples : dépression récurrente, troubles bipolaires)					0
Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques					0
Bilharziose compliquée					0

Maladie coronaire : infarctus du myocarde					0
Tuberculose active, lèpre					0
Cirrhoses					0
Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques					0
Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères					0
Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves					0
Maladie d'Alzheimer et autres démences					0
Maladie de Parkinson					0
Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé					0
Mucoviscidose					0
Paraplégie					0
Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique					0
Polyarthrite rhumatoïde évolutive					0
Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives					0
Sclérose en plaques					0
Scoliose idiopathique structurale évolutive					0
Spondylarthrite grave					0
Suites de transplantation d'organe					0
Autres, précisez					
Addiction					0
Obésité morbide					0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
Ne sait pas, non renseigné					0
Total	0	0	0	0	0

### 7- Pratiques addictives relevant de problématiques pathologiques (Ne pas tenir compte des accompagnants)

Les réponses peuvent être cumulatives. Un résident ayant une dépendance à l'alcool et sous traitement de substitution comptera pour 1 dans chaque case prévue

Nombre de personnes accompagnées avec un :

Usage à risque ou nocif d' alcool	
Usage à risque ou nocif de tabac	
Usage à risque ou nocif de substances psychoactives	
Traitement de substitution aux opiacés	
Usage à risque ou nocif de médicaments	
Addiction non liée à un produit : jeux, internet, téléphone...	

Commentaires

--

### 8- Situation de handicap (ne pas tenir compte des accompagnants)

Nombre de personnes accompagnées :

	Femme	Homme	Transgenre	Mineur	Total
avec une situation de handicap reconnue par la MDPH					

Commentaires

--

### X. LES SORTIES (ne pas tenir compte des accompagnants)

#### 1- Personnes accompagnées sorties dans l'année

Nombre de personnes accompagnées sorties du dispositif dans l'année (personnes)	0
---	---

#### 2- Orientations effectives après la sortie

Répartition des personnes sorties dans l'année (indiquez une seule solution par personne)

Inscrire la situation d'hébergement à la sortie (excepté pour les personnes décédées), même de celles qui ont été exclues ou qui ont rompu leur contrat d'accompagnement

Nombre de sortants :

décédés pendant l'accompagnement	
ayant eu accès à un logement autonome avec bail direct	
ayant accédé à un logement autonome avec bail glissant ou un logement accompagné	
ayant accédé à un hébergement perenne chez des proches	



12 à 18 mois		
18 à 24 mois		
plus de 2 ans		
	0	0

Durée moyenne de séjour uniquement des personnes sorties dans l'année (en jours)	
--	--

Par exemple , sur 10 personnes dans la file actives, 3 sont sorties du dispositif dans l'année :

durée de séjour de la personne A : 244 jours (soit 8 mois)

durée de séjour de la personne B : 517 jours (soit 1 an et 5 mois)

durée de séjour de la personne C = 395 jours (1 an et 1 mois)

$$\text{durée moyenne de séjour} = \frac{244 + 517 + 395}{3} = 385,3 \text{ jours}$$

Taux d'occupation (= nombre de journées d'occupation/ nombre de journées autorisées)	
---	--

En cas d'hospitalisation par exemple, lorsque la place est momentanément inoccupée mais gardée pour le résident concerné, celle-ci est considérée comme occupée.

En cas de suspension temporaire de la possibilité d'accompagnement par la structure ACT, si la place d'ACT n'est pas "occupable" dans les faits, elle est tout de même autorisée et doit entrer dans le décompte du dénominateur "nombre de journées autorisées"

Commentaires (impact des accompagnants par exemple)

## Annexe 6 : Rapport d'activité 2023 des ACT - Hors les murs

### Rapport d'Activité Standardisé Annuel 2024

Données **2023**

### - Appartements de coordination thérapeutique - ACT Hors les murs

**Définitions** : On appelle **personne accompagnée**, la personne atteinte d'une pathologie chronique étant accompagnée dans le dispositif ACT hors les murs et qui occupe donc, une place autorisée (c'est l'équivalent du résident en ACT). On appelle **accompagnants**, les personnes qui vivent avec cette personne accompagnée.

région	
département	
année	2023

*Certaines cases possèdent un point rouge, si vous cliquez dessus, un commentaire apparaîtra*

#### I. L'Organisme gestionnaire

##### 1- Identification de la structure

Nom de l'organisme	
Nom de l'ACT de rattachement	
Si différent, nom du service ACT hors les murs	
Nom et prénom du Responsable du service ACT hors les murs	
N° FINESS de l'ACT hors les murs	

Adresse :	
Code postal :	
Commune :	

Téléphone :	
Adresse électronique :	
Site Internet :	

##### 2- Critères d'admission dans le dispositif ACT hors les murs définis par votre structure

--

## 3- Frais de siège

Oui/Non

Frais de siège		Si oui, date d'autorisation	
----------------	--	-----------------------------	--

Article R314-87 CASF : "Les budgets approuvés des établissements ou services (sociaux et médico-sociaux) peuvent comporter une quote-part de dépenses relatives aux frais de siège social de l'organisme gestionnaire. Cette faculté est subordonnée à l'octroi d'une autorisation, délivrée à l'organisme gestionnaire par l'autorité désignée (...), qui fixe la nature des prestations, matérielles ou intellectuelles, qui ont vocation à être prises en compte".

## 4- Evaluation

Échéance pour la mise en œuvre de l'obligation d'évaluation externe	
---	--

## 5- Projet de service

Date d'entrée en vigueur	
Date d'échéance	

## 6- Partenariats/conventions

	Oui/Non	Dont nombre de partenariats formalisés	Précisez le nom des établissements/services/dispositifs avec lesquels une convention de partenariat est signée ainsi que l'objet de la convention
Avec des structures médico-sociales spécialisées en addictologie			
Avec des structures médico-sociales du secteur "personnes confrontées à des difficultés spécifiques"			
Avec des structures médico-sociales du secteur "personnes âgées" ou "personnes en situation de handicap"			
Avec des structures/services sanitaires publics ou privés			

Avec des dispositifs d'accompagnement à la fin de vie/soins palliatifs			
Avec des CeGIDD			
Avec des dispositifs d'appui à la coordination (DAC)			
Avec des médecins généralistes libéraux			
Avec des infirmiers libéraux			
Avec des kinésithérapeutes libéraux			
Avec des CPAM			
Avec des ambulances ou taxis conventionnés			
Avec des pharmacies			
Avec des laboratoires de biologie médicale			
Avec des centres d'imagerie médicale			
Avec des centres de vaccination			
Avec des établissements/services sociaux ou des gestionnaires de logements adaptés			
Avec l'administration pénitentiaire			
Avec des associations caritatives			
Avec des services/dispositifs culturels ou de loisir			
Avec des bailleurs			

Autres, précisez			
------------------	--	--	--

TOTAL

0

Commentaires

--

## II. MOYENS FINANCIERS DU DISPOSITIF ACT HORS LES MURS

A partir du compte administratif :

**Recettes :**

GI : Produits de la tarification	
GII : Autres produits relatifs à l'exploitation	
GIII : Produits financiers et produits non encaissables	

Montant total de la participation des résidents réellement enregistré comme produit :	
--	--

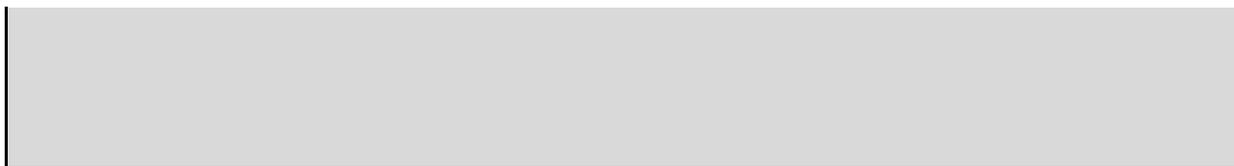
**Charges :**

GI : Dépenses liées à l'exploitation courante	
GII : Dépenses liées au personnel	
GIII : Dépenses liées à la structure	

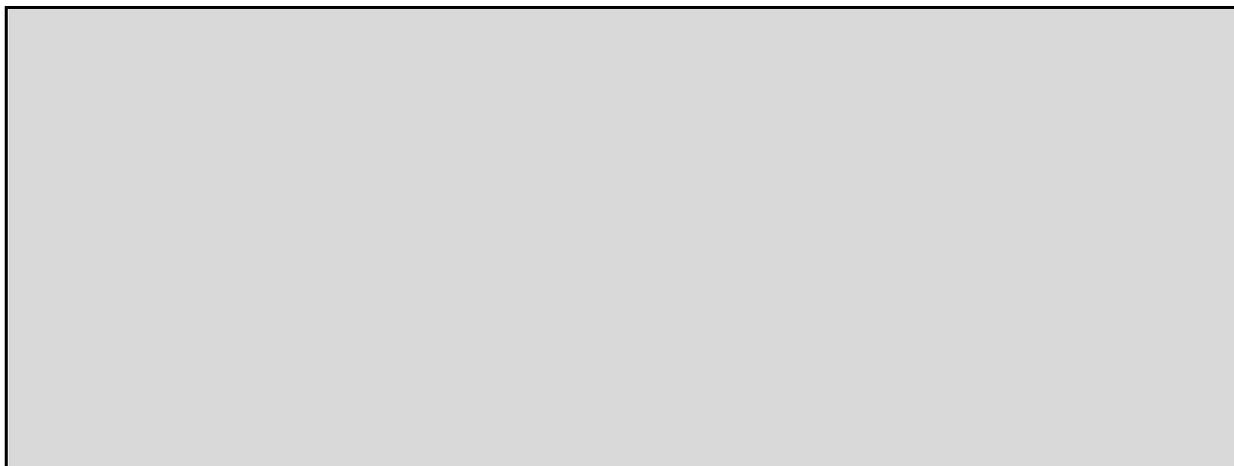
Montant total annuel de l'aide financière attribuée aux personnes accompagnées	
Montant total annuel de l'aide en nature attribuée aux personnes accompagnées	

Décrivez les aides financières et en nature attribuées aux personnes accompagnées ou à leurs accompagnants :

--



## Commentaires



## III. L'EQUIPE SALARIALE DU DISPOSITIF ACT HORS LES MURS

Convention collective

En nombre d'Equivalent Temps Plein Travaillé-ETPT au 31/12 de l'année concernée

ETPT : un temps plein correspond à 35 heures par semaine (exemple : un mi-temps est compté 0,5 ETPT)

	Salariés de la structure (en ETPT)	Vacations (en ETPT)	Mis à disposition par d'autres structures (en ETPT)	Total
Médecin généraliste				0,00
Médecin spécialiste				0,00
Infirmier diplômé d'état (IDE)				0,00
Psychologue				0,00
Kinésithérapeute				0,00
Dietéticien				0,00
Aide-soignant				0,00
Auxiliaire de soins				0,00
Auxiliaire de puériculture				0,00
Art-thérapeute, equithérapeute, canithérapeute, masseur...				0,00
Assistant de service social				0,00
Educateur spécialisé				0,00
Educateur jeunes enfants				0,00
Moniteur-éducateur				0,00
Conseiller en économie sociale et familiale (CESF)				0,00
Technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF)				0,00
Auxiliaire de vie sociale				0,00
Aide médico-psychologique				0,00

Maître de maison				0,00
Médiateur en santé/santé mentale				0,00
Pair-aidant				0,00
Conseiller conjugal et familial				0,00
Chargé de mission logement				0,00
Conseiller emploi / insertion				0,00
Enseignant en activités sportives adaptées				0,00
Animateur				0,00
Directeur				0,00
Chef de service				0,00
Assistant de direction				0,00
Secrétaire				0,00
Comptable				0,00
Agent d'accueil				0,00
Agent technique, ouvrier				0,00
Professionnel de l'entretien des locaux				0,00
Veilleur de nuit				0,00

autres précisez :

				0,00
				0,00
				0,00
				0,00
				0,00
				0,00
				0,00
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>
Stagiaires				0,00
Service civique				0,00

L'équipe dédiée est-elle structurée et stable ? Nombre de personnes

Effectifs réels dans la structure	
Nombre de départs dans l'année	
Nombre de recrutements dans l'année	

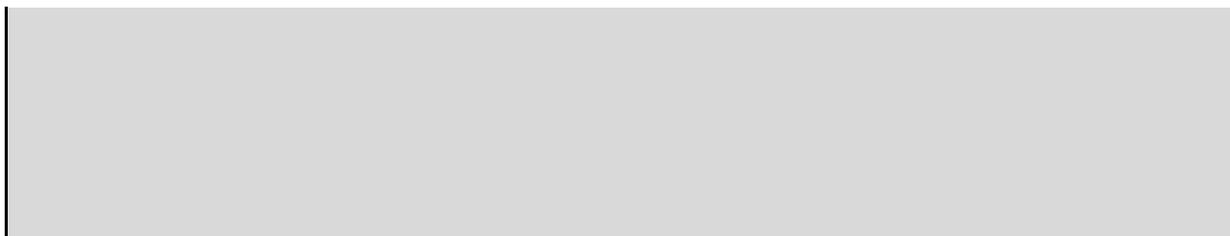
Temps partagés entre membres de l'équipe : Nombre d'heures dans l'année

pour des réunions d'équipe	
pour des synthèses	
pour de l'analyse des pratiques	

Temps de trajets annuel	
-------------------------	--

Commentaires (impact de la présence d'accompagnants, nouveaux accompagnements mis en place ...)

--



#### IV. LA FILE ACTIVE DES ACT HORS LES MURS

File Active : les personnes affectées par une maladie chronique pour laquelle le dispositif ACT hors les murs a été déployé (hors accompagnants), occupant une place autorisée du dispositif ACT hors les murs

Accompagnants : les autres personnes vivant dans le même "lieu de vie"

	Femme	Homme	Transgenre	Mineur	Total
Nombre de personnes accompagnées dans l'année (File active)					0
<b>Dont</b> nombre de personnes allophones					0
<b>dont</b> nouvelles personnes accompagnées dans l'année					0
<b>dont</b> nombre de sortants dans l'année					0

Langues parlées par les personnes accompagnées	
--	--

	Adulte	Mineur	Total
Nombre total d'accompagnants dans l'année			0
<b>dont</b> nouveaux accompagnants dans l'année			0

Nombre de personnes accompagnées (file active) ayant résidé dans l'année avec un ou	
Dont avec accompagnants(s) adulte(s) uniquement	
Dont avec accompagnants(s) adulte(s) et mineur(s)	
Dont avec accompagnants(s) mineur(s) uniquement	

0

#### V. CAPACITES ET MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT

##### 1- Capacité

au 31/12 de l'année concernée (hors places accompagnant)

Nombre total de places autorisées au 31/12	
dont nombre total de places installées au 31/12	
dont nouvelles places autorisées au cours de l'année	

## 2- Modalités d'accompagnement

Nombre de personnes accompagnées dans leurs logements durables	
Nombre de personnes accompagnées dans une institution sociale du dispositif AHI	
Nombre de personnes accompagnées dans une institution sociale du dispositif national d'accueil (DNA)	
Nombre de personnes avec un hébergement précaire	
Nombre de personnes sans logement ni hébergement - accompagnement directement à la rue (maraudes)	
Total	0

Commentaires

## VI. SITUATION DES PERSONNES ACCOMPAGNEES

## 1- Situation administrative - droit au séjour (ne pas tenir compte des accompagnants)

Ces items ont pour l'objet de valoriser le travail d'ouverture des droits et d'insertion sociale réalisée en ACT

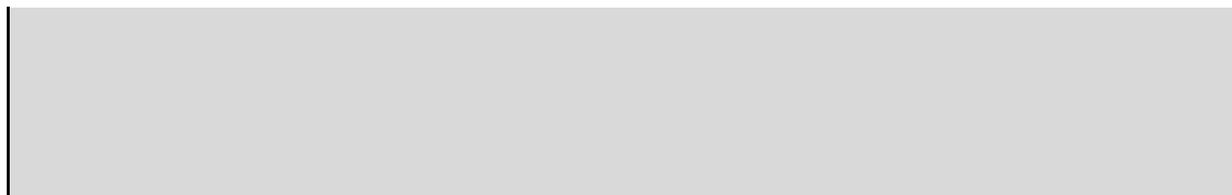
Personnes accompagnées pendant l'année (file active) : situation à l'entrée      Personnes sorties dans l'année (file active) : situation à la sortie (personne décédée comprise)

Personne de nationalité française (CNI, passeport, sans document...)		
Personnes détenant la nationalité d'un pays membre de l'Union européenne		
Personnes originaires d'un autre pays en situation régulière		
Personnes originaires d'un autre pays en situation irrégulière		

autres précisez :

Ne sait pas/ non renseigné		
Total	0	0

Comment sont accompagnées les personnes nécessitant des démarches, vis-à-vis du droit au séjour ?



## 2- Protection maladie (ne pas tenir compte des accompagnants)

<b>Protection maladie de base :</b>	Personnes accompagnées pendant l'année (file active) : situation à l'entrée	Personnes sorties dans l'année (file active) : situation à la sortie
Nombre de personnes bénéficiant d'une protection maladie de base		
Nombre de personnes ne bénéficiant pas d'une protection maladie de base		
Ne sait pas/ non renseigné		
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

<b>Protection complémentaire :</b>	Personnes accompagnées pendant l'année (file active) : situation à l'entrée	Personnes sorties dans l'année (file active) : situation à la sortie
Nombre de personnes bénéficiant d'une protection complémentaire		
Nombre de personnes ne bénéficiant pas d'une protection complémentaire		
Ne sait pas/ non renseigné		
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

<b>Personnes accompagnées</b>	Personnes accompagnées pendant l'année (file active) : situation à l'entrée	Personnes sorties dans l'année (file active) : situation à la sortie
Nombre de personnes accompagnées bénéficiant de la reconnaissance ALD		
Nombre de personnes accompagnées ne bénéficiant pas de la reconnaissance ALD		
Ne sait pas/ non renseigné		
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

## 3- Ressources (Ne pas tenir compte des accompagnants)

Ressource principale : indiquez une seule source (la plus importante) de revenus par personne. Pour un résident mineur, indiquez la ressource principale de la famille (des accompagnants) si possible.

Personnes accompagnées pendant l'année (file active) : situation à l'entrée

Personnes sorties dans l'année (file active) : situation à la sortie

Nombre de personnes ayant des revenus d'activité (salaire et primes) ou de		
Nombre de personnes bénéficiant d'allocations ou assimilés		
Sans revenu		

autres précisez :

Ne sait pas/ non renseigné		

Total

0

0

Décrivez et commentez brièvement les actions menées pour augmenter éventuellement les ressources des personnes accompagnées :

#### 4- Situation professionnelle (Ne pas tenir compte des accompagnants)

Indiquez une seule situation par personne

Personnes accompagnées pendant l'année (file active) : situation à l'entrée

Personnes sorties dans l'année (file active) : situation à la sortie

En emploi (temps plein ou partiel)		
Scolarisé ou en formation		
Demandeur d'emploi		
Retraite ou préretraite		
En invalidité ou inaptitude au travail		
Sans activité professionnelle, ni		
Sans autorisation administrative de		

autres, précisez :

Ne sait pas/ non renseigné		

Total

0

0

Décrivez et commentez brièvement les actions menées à propos de la situation professionnelle des personnes accompagnées

## VII. ACTIVITES REALISEES

Ne concerne que les professionnels mentionnés dans la partie III

### 1- Pré-admission

Nombre d'entretiens de pré-admission dans l'année (pour les personnes accompagnées à domicile ou en AHI)

### 2- Modalités de l'accompagnement médico-psycho-social

Décrivez les étapes et actions principales de l'accompagnement proposé au domicile des personnes. En quoi sont-elles différentes de celles réalisées dans le parc d'hébergement ACT ?

Décrivez l'accompagnement proposé aux personnes hébergées dans des établissements sociaux ou dédiés aux demandeurs d'asile. La composition de l'équipe est-elle différente ? Comment s'articule la coopération entre l'établissement d'hébergement et l'équipe ACT hors les murs ?

Décrivez les actions et les spécificités de l'accompagnement des personnes accompagnées directement à la rue ou dans des lieux très précaires

Nombre d'entretiens individuels dans l'année par type de professionnels (si plusieurs intervenants participent à l'entretien individuel, compter 1 par intervenant)

	Nombre d'entretiens individuels	Nombre de personnes accompagnées concernés
Médecin		
Personnel paramédical		
Psychologue		
Professionnels de la filière socio-éducative		
Directeur ou chef de service		
Autre, précisez		

Nombre d'activités de groupe dans l'année	
Nombre de personnes accompagnées ayant participé à	

Précisez ces activités de groupes

Nombre d'accompagnements dans l'année pour une démarche extérieure (rendez-vous médicaux, démarches administratives...)	
Nombre de personnes accompagnées (file active) concernées par ces accompagnements	

## 3- Soutien et suivi après la sortie du dispositif

Oui/Non

Existe t'il un service de suivi après la sortie du dispositif ?	
---	--

Nombre de personnes sorties dans l'année ayant bénéficié d'un suivi / soutien après leur sortie	
---	--

	1 à 3 mois	3 à 6 mois	6 mois à 1 an
Nombre de personnes sorties suivies dans l'année			
	Total		
	0		

Décrivez le type de suivi proposé

## 4- Intervention de prestataires extérieurs auprès des personnes accompagnées

Nombre de personnes  
accompagnées (file active)  
nouvellement concernées dans  
l'année (hors changement de  
prestataires)

Hospitalisation à domicile, soin palliatif à domicile...	
Infirmiers à domicile, SSIAD, infirmiers libéraux, ...	
Appareillage médicalisé (oxygène à domicile, lits médicalisés, ...)	



	Femme	Homme	Transgenre	Mineur	Total
Nombre de candidatures reçues dans l'année					0
<b>dont</b> nombre de candidatures avec accompagnant					0

Indiquez le nombre de candidatures reçues dans l'année, en fonction de la pathologie chronique principale, ayant motivé la demande des candidats

Indiquez une seule pathologie par candidature

	Femme	Homme	Transgenre	Mineur	Total
Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le VIH					0
Hépatite B					0
Hépatite C					0
Tumeur maligne (cancer), affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique (exemple : lymphome)					0
Diabète de type 1 et diabète de type 2 de l'adulte ou de l'enfant					0
Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif (insuffisance rénale)					0
Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves					0
Accident vasculaire cérébral invalidant					0
Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave					0
Insuffisance respiratoire chronique grave (exemple : asthme grave)					0
Affections psychiatriques de longue durée (exemples : dépression récurrente, troubles bipolaires)					0

Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques					0
Bilharziose compliquée					0
Maladie coronaire : infarctus du myocarde					0
Tuberculose active, lèpre					0
Cirrhoses					0
Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques					0
Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères					0
Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves					0
Maladie d'Alzheimer et autres démences					0
Maladie de Parkinson					0
Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé					0
Mucoviscidose					0
Paraplégie					0
Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique					0
Polyarthrite rhumatoïde évolutive					0
Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives					0
Sclérose en plaques					0
Scoliose idiopathique structurale évolutive					0
Spondylarthrite grave					0
Suites de transplantation d'organe					0
Autres , précisez					
Addictions					0
Situations de handicap					0
Pas de pathologie chronique					0
					0
					0
					0

					0
					0
					0
Ne sait pas, non renseigné					0
Total	0	0	0	0	0

Parmi les candidatures reçues dans l'année, combien de personnes étaient atteintes de plusieurs pathologies ?	
Parmi les candidatures reçues dans l'année, combien de personnes présentaient des conduites addictives ?	

## 2- Admissions

Nombre de personnes admises dans l'année de référence	0
Nombre de personnes admises sur liste d'attente	

Nombre de personnes accompagnées, admises dans l'année, orientées par :

Indiquez un seul service orientateur par personne admise

Etablissement ou service médico-social du secteur de l'addictologie	
Etablissement ou service médico-social du secteur des personnes en situation de handicap	
Lit d'accueil médicalisé (LAM)	
Lit halte soin santé (LHSS), LHSS mobiles, LHSS de jour	
ACT hors les murs d'un autre ou du même gestionnaire	
ACT d'un autre gestionnaire	
Etablissement social d'hébergement du dispositif AHI	
Etablissement social d'hébergement relevant du dispositif national d'accueil (DNA)	
Services sociaux municipaux/départementaux	
Services sociaux hospitaliers et autres établissements sanitaires publics ou privés	
SPIP ou USMP	
Association d'aide aux malades	
Autre établissement au service de l'association ou du service	
Initiative de la personnes ou des proches	
Initiative du médecin traitant	
Professionnels du 1 <sup>er</sup> recours	
Equipes mobiles santé précarité et maraudes	
115/La veille sociale/le SIAO	
Services spécialisés : prostitution...	

autres, précisez :

Ne sait pas, non renseigné	

total 0

## 3- Refus d'admission

Dossiers de candidature encore en cours de traitement au 31/12	
Nombre de refus de candidature calculé	0

Nombre de refus d'admission en raison d'une absence de place disponible	
Nombre de refus car la personne nécessite une prise en charge hospitalière	
Nombre de refus car la personne nécessite une prise en charge en ACT, LAM ou LHSS "classiques"	
Nombre de refus en raison des conduites addictives	
Nombre de refus en raison des comorbidités psychiatriques	
Nombre de refus car le dossier est hors critères médicaux (pas de pathologie chronique, pas de nécessité de coordination médicale)	
Nombre de refus car une coordination médicale est déjà en place	
Nombre de refus car les modalités d'accueil ne permettent pas d'accueillir la personne	
Nombre de refus car le dossier est incomplet	
Nombre de refus car la personne n'a pas donné suite, une autre solution a été trouvée, la personne a refusé...	
Nombre de refus car la personne ne parle pas suffisamment le français	
Nombre de refus car la personne est sans perspective de sortie du dispositif	
Nombre de refus car la personne est originaire d'un autre département ou d'une autre région	
Nombre de refus car la personne est hors critère sociaux (trop de revenus, ...)	

autres, précisez :

Ne sait pas, non renseigné	

total 0

Commentaires

--

### IX. PROFIL DE LA FILE ACTIVE

La file active : les personnes occupant une place du dispositif dans l'année (personnes présentes au 31/12 + personnes sorties dans l'année)

#### 1- Age des personnes accompagnées (ne pas tenir compte des accompagnants)

Nombre de personnes accompagnées de moins de 18 ans	
Nombre de personnes accompagnées entre 18 et 45 ans compris	
Nombre de personnes accompagnées entre 46 et 60 ans compris	
Nombre de personnes accompagnées de 61 ans ou plus	
<b>Total</b>	<b>0</b>

#### 2- Origine géographique (ne pas tenir compte des accompagnants)

Nombre de personnes accompagnées :

Logées ou hébergées dans le département	
Logées ou hébergées dans un autre département	
Sans domiciliation (rue, squat, bidonville...)	

autre, précisez

<b>Ne sais pas, non renseigné</b>	
<b>total</b>	<b>0</b>

#### 3- Situation familiale (ne pas tenir compte des accompagnants)

Nombre de personnes accompagnées :

Célibataires	
En couple	
Ne sait pas, non renseigné	
<b>Total</b>	<b>0</b>

#### 4- Personnes sous main de justice ou sortant de prison (ne pas tenir compte des accompagnants)

Nombre de personnes accompagnées sous main de justice ou sortant de prison	
--	--

Dont (situation à l'admission) :

Aménagement de peine	
Suspension de peine pour raison médicale	
Sortie de prison (libération)	

Ne sait pas, non renseigné	
total	0

Commentaires

5- Profil des personnes accompagnées en fonction de leur(s) pathologie(s) (Ne pas tenir compte des accompagnants)

**Pathologie chronique principale** (indiquez une pathologie par personne)

Nombre de personnes ayant la pathologie chronique suivante, ayant justifié l'admission :

	Femme	Homme	Transgenre	Mineur	Total
Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le VIH					0
Hépatite B					0
Hépatite C					0
Tumeur maligne (cancer), affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique (exemple : lymphome)					0
Diabète de type 1 et diabète de type 2 de l'adulte ou de l'enfant					0
Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif (insuffisance rénale)					0
Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves					0
Accident vasculaire cérébral invalidant					0
Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave					0
Insuffisance respiratoire chronique grave (exemple : asthme grave)					0

Affections psychiatriques de longue durée (exemples : dépression récurrente, troubles bipolaires)					0
Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques					0
Bilharziose compliquée					0
Maladie coronaire : infarctus du myocarde					0
Tuberculose active, lèpre					0
Cirrhoses					0
Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques					0
Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères					0
Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves					0
Maladie d'Alzheimer et autres démences					0
Maladie de Parkinson					0
Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé					0
Mucoviscidose					0
Paraplégie					0
Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique					0
Polyarthrite rhumatoïde évolutive					0
Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives					0
Sclérose en plaques					0
Scoliose idiopathique structurale évolutive					0
Spondylarthrite grave					0
Suites de transplantation d'organe					0
Autres, précisez					0
					0
					0
					0
					0

					0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
Ne sait pas, non renseigné					0
Total	0	0	0	0	0

### Comorbidités chroniques associées

Ne pas considérer les infections non chroniques, les effets post-chirurgicaux, l'incontinence, la perte d'autonomie ... comme des comorbidités chroniques

Nombre de personnes accompagnées avec au moins une comorbidité chronique (hors addiction et situation de handicap)	
--	--

Nombre de personnes ayant la comorbidité chronique suivante :

Plusieurs comorbidités peuvent être comptabilisées par personne

Ne pas comptabiliser à nouveau les pathologies principales (déjà mentionnées dans le tableau ci-dessus)

	Femme	Homme	Transgenre	Mineur	Total
Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le VIH					0
Hépatite B					0
Hépatite C					0
Tumeur maligne (cancer), affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique (exemple : lymphome)					0
Diabète de type 1 et diabète de type 2 de l'adulte ou de l'enfant					0
Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif (insuffisance rénale)					0
Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves					0

Accident vasculaire cérébral invalidant					0
Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave					0
Insuffisance respiratoire chronique grave (exemple : asthme grave)					0
Affections psychiatriques de longue durée (exemples : dépression récurrente, troubles bipolaires)					0
Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques					0
Bilharziose compliquée					0
Maladie coronaire : infarctus du myocarde					0
Tuberculose active, lèpre					0
Cirrhoses					0
Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques					0
Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères					0
Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves					0
Maladie d'Alzheimer et autres démences					0
Maladie de Parkinson					0
Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé					0
Mucoviscidose					0
Paraplégie					0
Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique					0
Polyarthrite rhumatoïde évolutive					0
Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives					0

Sclérose en plaques					0
Scoliose idiopathique structurale évolutive					0
Spondylarthrite grave					0
Suites de transplantation d'organe					0
Autres, précisez					
Addiction					0
Obésité morbide					0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
					0
Ne sait pas, non renseigné					0
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

#### 6- Pratiques addictives relevant de problématiques pathologiques (Ne pas tenir compte des accompagnants)

Les réponses peuvent être cumulatives. Un résident ayant une dépendance à l'alcool et sous traitement de substitution comptera pour 1 dans chaque case prévue

Nombre de personnes accompagnées avec un :

Usage à risque ou nocif d'alcool	
Usage à risque ou nocif de tabac	
Usage à risque ou nocif de substances psychoactives	
Traitement de substitution aux opiacés	
Usage à risque ou nocif de médicaments	
Addiction non liée à un produit : jeux, internet, téléphone...	

Commentaires

--

#### 7- Situation de handicap (ne pas tenir compte des accompagnants)

Nombre de personnes

accompagnées :

	Femme	Homme	Transgenre	Mineur	Total
avec une situation de handicap reconnue par la MDPH					

Commentaires

--

## X. LES SORTIES (ne pas tenir compte des accompagnants)

Nombre de personnes accompagnées sorties du dispositif dans l'année (personnes décédées comprises)	0
--	---

dont, nombre de sortants :

Ayant été accompagnés dans leur logement durable	
Ayant été accompagnés en institution sociale ou dédiée aux demandeurs d'asile	
Ayant été accompagnés dans leur hébergement précaire (squat, bidonville, chez des proches...) ou qui étaient sans hébergement	
total	0

## 1- Personnes accompagnées dans leur logement

Nombre de sortants, parmi les personnes accompagnées dans leur logement :

décédés pendant l'accompagnement	
ayant pu rester dans son logement	
ayant eu accès à un autre logement avec bail direct (logement plus adapté, plus salubre ...)	
ayant accédé à un logement autonome avec bail glissant ou un logement accompagné	
ayant intégré un ACT	
ayant intégré un LAM, un LHSS	
ayant intégré un établissement médico-social pour personnes âgées	
ayant intégré un établissement médico-social pour personnes en situation de handicap	
ayant intégré un établissement médico-social spécialisé en addictologie	
ayant intégré un établissement social du dispositif AHI (CHRS, CHU)	
ayant intégré un établissement social du dispositif national d'accueil (DNA)	
ayant intégré un établissement de santé (hôpital, SSR...)	
ayant intégré un hôpital psychiatrique	
ayant été emprisonnés dans un établissement pénitenciaire	
ayant perdu son logement et étant hébergé dans sa famille ou chez des proches	
étant rentrés dans leur pays d'origine (volontairement ou non)	
ayant perdu son logement et ayant recours à l'hébergement d'urgence, à l'hôtel	
ayant perdu son logement et se retrouvant à la rue (sans solution)	



Parmi ces sortants, combien

ont rompu le contrat d'accompagnement à leur initiative	
ont été exclus du dispositif	

### 3- Personnes accompagnées sans hébergement ou en hébergement précaire

Nombre de sortants, parmi les personnes accompagnées en hébergement précaire ou sans hébergement :

décédés pendant l'accompagnement	
restés dans la même situation	
ayant accédé à un logement avec bail direct	
ayant accédé à un logement autonome avec bail glissant ou un logement accompagné	
ayant intégré un LAM, un LHSS	
ayant intégré un ACT	
ayant intégré un ACT un chez soi d'abord	
ayant intégré un établissement médico-social pour personnes âgées	
ayant intégré un établissement médico-social pour personnes en situation de handicap	
ayant intégré un établissement médico-social spécialisé en addictologie	
ayant intégré un CHRS	
ayant intégré un établissement social du dispositif national d'accueil (DNA)	
ayant recours à l'hébergement d'urgence, à l'hôtel...	
ayant intégré un établissement de santé (hôpital, SSR...)	
ayant intégré un hôpital psychiatrique	
ayant été emprisonnés dans un établissement pénitentiaire	
retournés vivre dans leur famille de manière durable (amélioration de la situation)	
ayant pu être hébergés dans leur famille ou chez des proches de manière précaire mais avec tout de même une amélioration de la situation	
étant rentrés dans leur pays d'origine (volontairement ou non)	

autre préciser,

Ne sait pas, non renseigné	

total 0

Parmi ces sortants, combien

ont rompu le contrat d'accompagnement à leur initiative	
ont été exclus du dispositif	

## Commentaires

--

### XI. LES DUREES DE SEJOURS (Ne pas tenir compte des accompagnants)

Nombre de personnes accompagnées au 31/12 dans l'ACT hors les murs depuis : (période totale, si allers-retours)      Nombre de personnes sorties dans l'année qui étaient accompagnées dans le dispositif depuis:

0 à 6 mois		
6 à 12 mois		
12 à 18 mois		
18 à 24 mois		
plus de 2 ans		

0

0

Durée moyenne de séjour uniquement des personnes sorties dans l'année (en jours)	
--	--

Par exemple , sur 10 personnes dans la file actives, 3 sont sorties du dispositif dans l'année :

durée de séjour de la personne A : 244 jours (soit 8 mois)

durée de séjour de la personne B : 517 jours (soit 1 an et 5 mois)

durée de séjour de la personne C = 395 jours (1 an et 1 mois)

$$\text{durée moyenne de séjour} = \frac{244 + 517 + 395}{3} = 385,3 \text{ jours}$$

Taux d'occupation (= nombre de journées d'occupation/ nombre de journées autorisées)	
---	--

En cas d'hospitalisation par exemple, lorsque la place est momentanément inoccupée mais gardée pour le résident concerné, celle-ci est considérée comme occupée.

En cas de suspension temporaire de la possibilité d'accompagnement par la structure ACT, si la place d'ACT n'est pas "occupable" dans les faits, elle est tout de même autorisée et doit entrer dans le décompte du dénominateur "nombre de journées autorisées"

Commentaires



## Annexe 7 : Bilan 2023 Activités CSAPA CAARUD

## CONSULTATIONS AVANCEES DE CSAPA ET INTERVENTIONS D'EQUIPES MOBILES DE CAARUD EN STRUCTURES D'HEBERGEMENT SOCIAL 2023

Région	Département	CSAPA ayant réalisé des consultations avancées	Nombre de CHRS où ont été réalisées des consultations avancées	Nombre de personnes ayant bénéficié de ces consultations dans les CHRS	Nombre de CHU où ont été réalisées des consultations avancées	Nombre de personnes ayant bénéficié de ces consultations dans les CHU	Observations
		NOM et ADRESSE DE LA STRUCTURE					
		NOM et ADRESSE DE LA STRUCTURE					
		NOM et ADRESSE DE LA STRUCTURE					
		NOM et ADRESSE DE LA STRUCTURE					
		NOM et ADRESSE DE LA STRUCTURE					
		ETC					

Région	Département	CAARUD ayant réalisé des interventions	Nombre de CHRS où ont été réalisées les interventions	Nombre de personnes ayant bénéficié de ces interventions dans les CHRS	Nombre de CHU où ont été réalisées des interventions	Nombre de personnes ayant bénéficié d'interventions dans les CHU	Observations
		NOM et ADRESSE DE LA STRUCTURE					
		NOM et ADRESSE DE LA STRUCTURE					
		NOM et ADRESSE DE LA STRUCTURE					
		NOM et ADRESSE DE LA STRUCTURE					
		NOM et ADRESSE DE LA STRUCTURE					
		ETC					

Activités de dépistage par TROD VIH, VHB, VHC Année 2023			
N° département :		Région :	
Nom et adresse de la structure		Personne ayant rempli le questionnaire	
		NOM :	
		Fonction :	
Téléphone :		Téléphone :	
Nom du responsable		Email :	

## ACTIVITE DE DEPISTAGE PAR TROD

## CONSIGNES GENERALES

- > le rapport demandé lors de l'année en cours N, concerne les données de l'année précédente (soit N-1)
- > Ne laisser aucune plage vide
- > Indiquer "0" si la donnée est nulle
- > Indiquer "ND" si la donnée existe mais n'est pas disponible ou si la donnée n'existe pas

## ACTIVITE DE DEPISTAGE PAR TROD VIH, VHC, VHB

Combinaison de TROD	Nombre			
	Homme	Femme	Total	
Trois TROD simultanés : VIH+VHC+VHB			0	
Deux TROD simultanés :	VIH+VHC		0	
	VIH+VHB		0	
	VHB+VHC		0	
Un TROD isolé :	VIH		0	
	VHB		0	
	VHC		0	
Synthèse	VIH	0	0	0
	VHB	0	0	0
	VHC	0	0	0

## LES CARACTERISTIQUES DES PERSONNES DEPISTÉES

Quel est le nombre de personnes dépistées par TROD, selon la tranche d'âge	VIH	VHC	VHB
< 18 ans			
18 à 24 ans			
25 à 49 ans			
50 ans et plus			
<b>Zone de contrôle</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
	<b>VRAI</b>	<b>VRAI</b>	<b>VRAI</b>

## ANTECEDENTS DE RECOURS AU DEPISTAGE CHEZ LES PERSONNES TESTÉES

	VIH	VHC	VHB
Nombre de personnes n'ayant jamais réalisé de dépistage du VIH, VHC ou VHB au cours de leur vie (sérologie, TROD)			
Nombre de personnes dont le dernier dépistage date de plus de 12 mois (sérologie, TROD, autotest)			
Nombre de personnes ayant réalisé un test de dépistage dans les 12 derniers mois (sérologie, TROD, autotest)			
Nombre de personnes ayant déjà réalisé un dépistage par			

## RESULTATS POSITIFS ET ORIENTATIONS DES PERSONNES

		VIH	VHC	VHB
<b>Nombre total de personnes dont le résultat du TROD s'est révélé positif :</b>		0	0	0
	> dont nombre de personnes ayant un TROD positif mais qui connaissaient déjà leur séropositivité (détailler les raisons en commentaires) :			
	> dont nombre de personnes ayant un TROD positif mais qui ne connaissaient pas leur séropositivité :			
	> dont nombre de TROD positifs confirmés par sérologie :			
	> dont nombre de TROD positifs pour lesquels on ne sait pas s'il y a eu une confirmation sérologique :			
	> dont nombre de TROD positifs non confirmés par sérologie (faux positifs) :			
Nombre de personnes ayant un TROD positif et une prise en charge de leur infection (VIH ou VHC ou VHB) dans les 3 mois suivant la date du TROD positif :				
Nombre de personnes ayant un TROD positif et qui n'ont jamais réalisé de dépistage VIH ou VHC ou VHB au cours de leur vie :				

<b>Commentaires sur les TROD VIH</b>
<b>Commentaires sur les TROD VHC</b>
<b>Commentaires sur les TROD VHB</b>

**Activités de dépistage  
par TROD VIH, VHB, VHC  
Année 2023  
Synthèse régionale**

Région

**ACTIVITE DE DEPISTAGE PAR TROD VIH, VHC, VHB**

Combinaison de TROD		Nombre			
		Homme	Femme	Total	
Trois TROD simultanés :		VIH+VHC+VHB			0
Deux TROD simultanés :		VIH+VHC			0
		VIH+VHB			0
		VHB+VHC			0
Un TROD isolé :		VIH			0
		VHB			0
		VHC			0
Synthèse		VIH	0	0	0
		VHB	0	0	0
		VHC	0	0	0

**LES CARACTERISTIQUES DES PERSONNES DEPISTÉES**

Quel est le nombre de personnes dépistées par TROD, selon la tranche d'âge		VIH	VHC	VHB
	< 18 ans			
	18 à 24 ans			
	25 à 49 ans			
	50 ans et plus			
		0	0	0
<b>Zone de contrôle</b>		<b>VRAI</b>	<b>VRAI</b>	<b>VRAI</b>

**LES CARACTERISTIQUES DES PERSONNES DEPISTÉES**

VIH	VHC	VHB
-----	-----	-----

Nombre de personnes n'ayant jamais réalisé de dépistage du VIH, VHC ou VHB au cours de leur vie (sérologie, TROD)			
---	--	--	--

Nombre de personnes dont le dernier dépistage date de plus de 12 mois (sérologie, TROD, autotest)			
---	--	--	--

Nombre de personnes ayant réalisé un test de dépistage dans les 12 derniers mois (sérologie, TROD, autotest)			
--	--	--	--

Nombre de personnes ayant déjà réalisé un dépistage par TROD au cours de leur vie			
---	--	--	--

RESULTATS POSITIFS ET ORIENTATIONS DES PERSONNES
--

		VIH	VHC
<b>Nombre total de personnes dont le résultat du TROD s'est révélé positif :</b>		0	0
	> dont nombre de personnes ayant un TROD positif mais qui connaissaient déjà leur séropositivité (détailler les raisons en commentaires) :		
	> dont nombre de personnes ayant un TROD positif mais qui ne connaissaient pas leur séropositivité :		
	> dont nombre de TROD positifs confirmés par sérologie :		
	> dont nombre de TROD positifs pour lesquels on ne sait pas s'il y a eu une confirmation sérologique :		
	> dont nombre de TROD positifs non confirmés par sérologie (faux positifs) :		
Nombre de personnes ayant un TROD positif et une prise en charge de leur infection (VIH ou VHC ou VHB) dans les 3 mois suivant la date du TROD positif :			
Nombre de personnes ayant un TROD positif et qui n'ont jamais réalisé de dépistage VIH ou VHC ou VHB au cours de leur vie :			

**Commentaires sur les TROD VIH**

**Commentaires sur les TROD VHC**

**Commentaires sur les TROD VHB**

**BILAN D'ACTIVITE 2023 DES CSAPA REFERENTS EAD**

Région :

	Nombre d'usagers orientés par la préfecture et ayant eu une première consultation médicale	Nombre d'usagers orientés par la préfecture ayant suivi la totalité de l'accompagnement prévu dans le cadre du dispositif	Nombre de séances collectives organisées	Nombre d'ETP de médecin mobilisé dans le cadre des consultations individuelles et des séances collectives	Nombre d'ETP de tout autre professionnel mobilisé dans le cadre du 1 <sup>er</sup> entretien et des séances collectives
NOM DU CSAPA REFERENT 1 (département)					
NOM DU CSAPA REFERENT 2 (département)					
NOM DU CSAPA REFERENT 3 (département)					
NOM DU CSAPA REFERENT 4 (département)					
NOM DU CSAPA REFERENT 5 (département)					
ETC					

**Annexe 8 : Rapport d'activité 2023 CSAPA structures avec hébergement**

## MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE  
 SOUS-DIRECTION DE LA SANTE DES POPULATIONS ET DE LA PREVENTION DES MALADIES CHRONIQUES  
 BUREAU DE LA PRÉVENTION DES ADDICTIONS

Département (liste à choix)

## DISPOSITIF SPECIALISE DE LUTTE CONTRE LES PRATIQUES ADDICTIVES

## RAPPORT D'ACTIVITE DES STRUCTURES AVEC HEBERGEMENT

ANNEE 2023

## I LA STRUCTURE

**Le rapport d'activité ci-dessous doit décrire les activités obligatoires du CSAPA (Accueil, information, évaluation, orientation, prise en charge, réduction des risques) ainsi que les missions facultatives (consultations de proximité, activités de prévention, formation et recherche, prise en charge des addictions sans substances, intervention en direction des personnes détenues ou sortants de prison).**

Ce rapport concerne l'activité hébergement des CSAPA définie par le décret du 14 mai 2007 (CSAPA)

Un rapport devra être complété pour chaque type d'activité hébergement (voir liste question n°3), dès lors qu'un minimum de 10 patients ont été accueillis dans un type d'hébergement. Pour moins de 10 patients, a minima les items 1 à 12, 26 puis de 28 à 31 devront être remplis.

Cliquez Ici

**1. Coordonnées de la structure**

Nom de la structure :

*Choisir dans la liste svp (classement par département) ; si votre centre ne figure pas dans la liste, utilisez le champ ci-dessous :*

Numéro Finess :

Adresse

Code postal

Commune

Téléphone

Télécopie

Adresse électronique

**2. Coordonnées de la structure gestionnaire**

Nom :

Numéro Finess :

Adresse

Code postal

Commune

Téléphone

Télécopie

Adresse électronique

**3. Type de structure** (liste à choix : cliquez dans les cases puis sur la flèche pour obtenir la liste)

	Nbre de places (ou nuits pour l'hôtel)

1 communauté thérapeutique autorisée à titre expérimental dans le cadre de la circulaire du 24/10/06

**4. Forme juridique du CSAPA** (liste à choix : cliquez dans la case puis sur la flèche pour obtenir la liste)

--

**5. Statut du personnel** (liste à choix : cliquez dans la case puis sur la flèche pour obtenir la liste)

--

Autres statuts (préciser)

--

**6. Partenariat**

La structure a-t-elle passé convention avec d'autres structures?

*Si oui combien y a-t-il de conventions signées?*

Nombre de conventions signées avec des structures médico-sociales (CSAPA, CAARUD)

Nombre de conventions signées avec des structures sanitaires (hôpitaux, SSR, CDAG)

Nombre de conventions signées avec des structures sociales (CHRS)

Nombre de conventions signées avec les services de la justice


## II. PATIENTS VUS ET HEBERGES PAR LA STRUCTURE PENDANT L'ANNEE

### 7. Nombre de personnes vues par l'équipe<sup>2</sup>

<sup>2</sup> il peut s'agir des personnes hébergées, de personnes sollicitant un hébergement, de l'entourage... Elles peuvent avoir été vues dans les locaux de la structure ou en dehors (visite à l'hôpital, étab. pénitent...). Quand un patient vient accompagné d'une ou plusieurs personnes, seul est comptabilisé le patient.

### 8. Nombre de patients hébergés<sup>3</sup>

<sup>3</sup> est considéré comme patient, toute personne en difficulté avec sa consommation de substances psychoactives qui a pu bénéficier d'au moins un acte de prise en charge (médicale, psychologique, sociale ou éducative).

### -----Parmi les patients hébergés-----

(situation au moment de l'admission)

### 9. Sexe des patients

%

Nombre d'hommes	0	0,0
Nombre de femmes	0	0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)	0	0,0
Nombre et % de patients sans réponse		0,0

### 10. Age des patients

%

*Précisez le nombre de patients ayant*

moins de 20 ans	0	0,0
dont moins de 18 ans	0	0,0
entre 20 et 24 ans	0	0,0
entre 25 et 29 ans	0	0,0
entre 30 et 39 ans	0	0,0
entre 40 et 49 ans	0	0,0
entre 50 et 59 ans	0	0,0
60 ans et plus	0	0,0
Total (Hors ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)	0	0,0
Nombre et % de patients sans réponse		0,0

### 11. Origine géographique

*Renseigner par rapport au domicile ou à la domiciliation*

Nombre de patients originaires du département	0	0,0
Nombre de patients originaires de la région (hors départ.)	0	0,0
Nombre de patients en provenance d'autres rég.	0	0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)	0	0,0
Nombre et % de patients sans réponse		0,0

**12. Logement***Dernière situation avant l'entrée dans la structure*

		%
Durable <sup>4</sup>		0,0
Provisoire (ou précaire) <sup>5</sup>		0,0
SDF		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0
Nombre et % de patients sans réponse	0	0,0

<sup>4</sup> Le logement sera considéré comme durable si la personne pouvait raisonnablement escompter vivre, pendant au moins les 6 prochains mois, soit dans ce logement soit dans un logement équivalent lorsqu'un déménagement ou un changement d'institution était prévu.

<sup>5</sup> Les personnes sortantes de prison doivent être renseignées à logement provisoire ou précaire.

**13. Origine principale des ressources***Ressource principale avant l'entrée dans la structure*

		%
Revenus de l'emploi (y comp. Ret., pens. invalid.)		0,0
Assedic		0,0
RMI/RSA		0,0
AAH		0,0
Autres prestations sociales		0,0
Ressources provenant d'un tiers		0,0
Autres ressources (y compris sans revenus)		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0
Nombre et % de patients sans réponse	0	0,0

**14. Origine de la demande de consultation**

		%
Initiative du patient ou des proches		0,0
Médecin de ville		0,0
Structure spécialisée médico-sociale ( CSAPA/ CAARUD)		0,0
Structures hospitalières spécialisées en addictologie (Equipe hospitalière de liaison, consultation hospitalière d'addictologie, autre...)		0,0
Autre hôpital / autre sanitaire		0,0
Institutions et services sociaux		0,0
Justice, orientation présentencielle		0,0
Justice, orientation post-sentencielle		0,0
Justice, classement avec orientation		0,0
Milieu scolaire/étudiant		0,0
Autre		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0
Nombre et % de patients sans réponse	0	0,0

**15. Répartition des patients suivant les produits consommés<sup>6</sup> ou les addictions les plus dommageables**

	Produit n°1	%
Alcool		0,0
Tabac		0,0
Cannabis		0,0
Opiacés (hors substitution détournée )		0,0
Cocaïne et crack		0,0
Amphétamines, ecstasy, ...		0,0
Médicaments psychotropes détournés		0,0
Traitement de substitution détournés		0,0
Addictions sans substances (jeu d'argent et de hasard y compris jeux en ligne)		0,0
Addictions sans substances (cyberaddictions)		0,0
Autres addictions sans substance		0,0
Autres		0,0
Total produits et addictions 1	0	0,0
Pas de produits consommés		0,0
Non renseigné		0,0
Total (=100% de la file active)	0	
Nombre et % de patients sans réponses	0	0,0
	Produit n°2	%
Alcool		0,0
Tabac		0,0
Cannabis		0,0
Opiacés (hors substitution détournée )		0,0
Cocaïne et crack		0,0
Amphétamines, ecstasy, ...		0,0
Médicaments psychotropes détournés		0,0
Traitement de substitution détournés		0,0
Addictions sans substances (jeu d'argent et de hasard y compris jeux en ligne)		0,0
Addictions sans substances (cyberaddictions)		0,0
Autres addictions sans substance		0,0
Autres (dont autres produits)		0,0
Total produits et addictions 2	0	0,0
Pas de deuxième produit consommé		0,0
Non renseigné		0,0
Total (=100% de la file active)	0	
Nombre et % de patients sans réponse	0	0,0

<sup>6</sup> Produits consommés au cours des 30 derniers jours précédant l'entretien d'évaluation les plus dommageables pour le patient (selon le point de vue de l'équipe). Voir le guide de remplissage RECAP : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/recap/prerecap.html>

**16. Répartition des patients suivant les produits à l'origine de la prise en charge<sup>7</sup>**

	Produit à l'origine de la prise en charge	%
	Alcool	0,0
	Tabac	0,0
	Cannabis	0,0
	Opiacés (hors substitution détournée)	0,0
	Cocaïne et crack	0,0
	Amphétamines, ecstasy, ...	0,0
	Médicaments psychotropes détournés	0,0
	Traitement de substitution détournés	0,0
	Addictions sans substances (jeu d'argent et de hasard y compris jeux en ligne)	0,0
	Addictions sans substances (cyberaddictions)	0,0
	Autres addictions sans substance	0,0
	Autres (dont autres produits)	0,0
	Total produits et addictions	0
	Non renseigné	0,0
	Total (=100% de la file active)	0
Nombre et % de patients sans réponse	0	0,0

<sup>7</sup> Indiquer le produit qui est ou a été le plus en cause dans la demande de prise en charge, même si le patient ne le consomme plus. Un produit ou une addiction sans produits doit être indiqué pour chaque patient.

**17. Type d'usage des produits (hors tabac)**

Indiquez le nombre de patients qui ont une consommation classée :

(se référer au produit n°1 à l'item 15 pour l'usage, l'usage à risque/nocif et la dépendance)

		%
	En abstinence, au moins les 30 derniers jours	0,0
	En usage	0,0
	En usage à risque ou en usage nocif <sup>8</sup>	0,0
	En dépendance <sup>8</sup>	0,0
	Total (hors Ne sait pas)	0
	Ne sait pas <sup>9</sup>	0,0
Nombre et % de patients sans réponse	0	0,0

<sup>8</sup> en référence à la classification internationale des maladies 10ème édition (CIM10) ; la notion d'abus, défini dans le DSMIV peut également être utilisée

<sup>9</sup> les patients dont l'usage date de moins de 30 jours doivent être placés à la rubrique ne sait pas

**18. Voie Intraveineuse<sup>10</sup>**

Nombre de patients ayant :

		%
	Utilisé la voie intraveineuse lors du mois précédent	0,0
	Utilisé la voie intrav. antérieurement (pas dans le mois)	0,0
	Jamais utilisé la voie intraveineuse	0,0
	Total (hors Ne sait pas)	0
	Ne sait pas (ou non renseigné)	0,0
Nombre et % de patients sans réponse	0	0,0

<sup>10</sup> quel que soit le produit injecté

**19. Si vous avez eu connaissance de décès parmi les patients vus au cours de l'année, indiquez en le nombre**

Nombre total de décès

Dont nombre de décès par surdose aux opiacés

**20. Vaccinations et dépistage<sup>11</sup>****Hépatite B**

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage gratuit

Nombre de personnes ayant débuté une vaccination

Nombre de patients ayant complété le schéma vaccinal

**Hépatite C**

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage gratuit de l'hépatite C

**VIH**

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH

<sup>11</sup> doivent être renseignées les personnes ayant bénéficié d'un dépistage ou d'une vaccination, dans l'année, dans le centre ou à l'extérieur

**21. Traitements de substitution**

Indiquez le nombre de patients ayant bénéficié d'un traitement de substitution aux opiacés

**Prescription:**

Indiquez le nombre de patients, au cours de l'année,  
sous traitement quel que soit le prescripteur  
pour lesquels le traitement a été prescrit au moins une fois par le centre  
pour lesquels le traitement a été initié par le centre  
pour lesquels a été primo-prescrit de la méthadone gélules

Méthadone	BHD
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Dispensation:**

Indiquez le nombre de patients:  
pour lesquels la dispensation a été effectuée dans le centre  
pour lesquels la dispensation a lieu en pharmacie de ville  
pour lesquels une prescription en relais est faite par le centre (vacances...)

Méthadone	BHD
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Quantité totale de méthadone délivrée par le centre par an (en mg)

Autres traitements à visée substitutive (aux opiacés) prescrits par le centre (précisez le nom du traitement et

(nom du traitement)	<input type="text"/>	(nbre patients)	<input type="text"/>
(nom du traitement)	<input type="text"/>	(nbre patients)	<input type="text"/>

### III. L'ACTIVITE

#### 22. Nombre de consultations avec les patients <sup>12</sup>

Complétez le tableau en indiquant le nombre de consultations et le nombre de patients concernés pendant l'année par type de professionnels.

	Nombre de consultations	Nombre de patients
Médecins		
Psychiatres		
Infirmiers		
dont actes pour la délivrance des TSO		
Psychologues		
Assistants sociaux		
Educateurs spécialisés		
Animateurs		
Autres :		
Précisez:		

<sup>12</sup> un acte patient = une consultation associant en face à face un intervenant et un patient éventuellement accompagné. Si plusieurs intervenants participent à la consultation, compter un acte par intervenant.

#### 23. Nombre de consultations avec les personnes de l'entourage <sup>13</sup>

	Nombre de consultations	Nombre de personnes de l'entourage <sup>14</sup>
Médecins		
Psychiatres		
Infirmiers		
Psychologues		
Assistants sociaux		
Educateurs spécialisés		
Animateurs		
Autres :		
Précisez:		

<sup>13</sup> un acte entourage = une consultation associant un ou plusieurs membres de l'entourage et un intervenant en face à face

<sup>14</sup> Est considéré comme personne de l'entourage, toute personne venue en consultation sans la présence de la personne en difficulté avec sa consommation de substances psychoactives. Quand un patient vient accompagné d'une ou plusieurs personnes, seul est comptabilisé un acte pour le patient.

#### 24. Activités de groupe thérapeutique <sup>15</sup>

	Nombre de type d'ateliers, de groupes	Nombre de réunions des groupes	Nombre de patients concernés <sup>16</sup>
Groupe de paroles			
Groupe d'informations (éducation pour la santé, éducation thérapeutique)			
Ateliers d'activité artistique (théâtre, peinture, écriture...)			
Ateliers d'activité corporelle (sport...)			

<sup>15</sup> sont considérés comme activités de groupe thérapeutique les activités thérapeutiques associant plusieurs patients avec au minimum un soignant.

<sup>16</sup> Le patient doit être compté autant de fois que de types de groupes thérapeutiques auxquels il participe. Un patient qui participe à un atelier d'écriture et à un atelier de peinture doit être compté deux fois.

**25. Distribution de matériel de réduction des risques**

Indiquer les quantités de matériel délivré par les équipes du CSAPA et/ou les automates

Nombre de trousses d'injection (Kit+, Kap...)	
Nombre de seringues à l'unité de 1cc	
Nombre de seringues à l'unité de 2cc	
Nombre de seringues usagées récupérées <sup>17</sup>	
Nombre de jetons	
Nombre de brochures sur l'alcool	
sur le tabac	
sur les drogues illicites	
Nombre de préservatifs	
Outils d'auto-évaluation des consommations (test d'alcoolémie, test de Fagerstöm...)	

<sup>17</sup> 1 litre= 56 seringues**26. Durée de séjour**

Nombre total des journées d'hébergement réalisées (ou de nuits pour les nuits d'hotel) (N)	
Durée moyenne d'hébergement en jours (si différent du chiffre calculé automatiquement) (N / nombre de personnes hébergées dans l'année)	

**27. Total des actes de prise en charge réalisés à l'extérieur du centre**

Accompagnements de résidents pour démarche extérieure	
---	--

<b>28. Nombre de résidents sortis entre le 1er janvier et le 31 décembre</b>	
--	--

<b>29. Répartition de la durée d'hébergement des sortants dans l'année</b>		%
Au plus un mois		
De 1 à moins de 3 mois		
De 3 à moins de 6 mois		
De 6 mois à un an		
Plus de un an		
Total	0	
Nombre et % de résidents (sortis) sans réponse	0	0,0

**30. Nombre de patients pour lesquels des démarches ont été engagées et ont abouti afin de trouver:**

	Nombre de patients pour lesquels des démarches ont été engagées <sup>18</sup>	Nombre de patients pour lesquels des démarches ont abouti <sup>19</sup>
un autre hébergement		
un emploi		
une formation professionnelle		
maintien et accès aux droits		

<sup>18</sup> constitue une démarche engagée, un rendez-vous avec un employeur avec un bailleur...<sup>19</sup> constitue une démarche aboutie un logement obtenu, l'accès à un emploi, à une formation...

<b>31 Motifs de sortie du résident :</b>		%
Contrat thérapeutique mené à terme	<input type="text"/>	
Réorientation vers une struct. médico-sociale plus adaptée, précisez:	<input type="text"/>	
Exclusion par le centre de soins	<input type="text"/>	
Hospitalisation durable	<input type="text"/>	
Rupture à l'initiative du résident	<input type="text"/>	
Décès	<input type="text"/>	
Autres, précisez:	<input type="text"/>	
Total		0
Nombre et % de résidents (sortis) sans réponse		0 0,0

**32. Descriptif qualitatif de l'activité du centre**

Modalités de prise en charge et activités thérapeutiques ou spécifiques proposées par le centre aux résidents.

**33. Les activités de prévention et de formation collective<sup>20</sup>**Nombre d'actions de prévention collective 

	Information/Sensibilisation		Formation		Conseil	
	Heures	Pers.	Heures	Pers.	Heures	Pers.
<b>Milieu scolaire</b>						
Primaire et secondaire	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Enseignement supérieur	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Formation et insertion	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Milieu spécifique</b>						
Social	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Santé	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Justice	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Milieu entreprise</b>						
Privé	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Public	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Total</b>	0	0	0	0	0	0

<sup>20</sup> Est comptabilisé uniquement le temps consacré aux interventions (hors préparation, prospection et évaluation)

**IV MOYENS FINANCIERS DE LA STRUCTURE***Financements se rapportant aux activités obligatoires et facultatives décrites dans le rapport***34. Ressources (arrondir à l'euro)**

Dotation par l'enveloppe ONDAM médico – social	
Subventions MILDT	
Autres subventions Etat	
Subventions collectivités territoriales (précisez en dessous)	
Subventions organismes de protection sociale (FNPEIS, CAF, etc.)	
Subventions organismes publics ou autres (précisez en dessous)	
Ventes (prestations facturées : formations, conseils, autres précisez)	
Autres ressources	
<b>Total</b>	<b>0</b>

Pouvez-vous indiquer à partir du compte administratif le montant que représente dans le total des charges:

le groupe I	€	
le groupe II	€	
le groupe III	€	

Indiquez, le cas échéant, les activités non décrites dans le rapport financées par les ressources mentionnées ci-dessus (hébergement ne faisant pas l'objet d'un rapport spécifique)

**V L'ÉQUIPE***se rapportant aux activités obligatoires et facultatives décrites dans le rapport***35. Les membres de l'équipe**

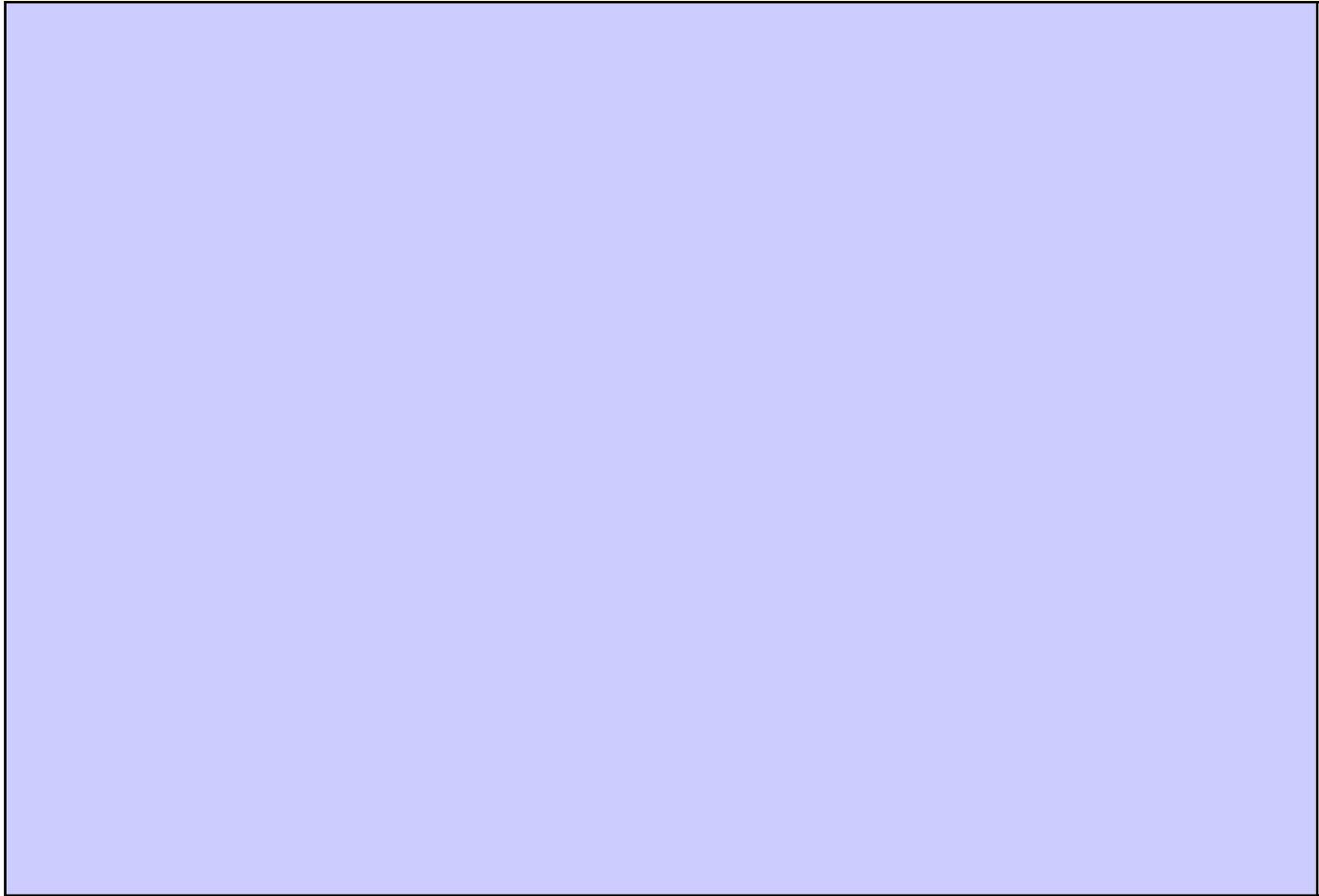
	Salariés <sup>21</sup> (en nombre d'ETP) <sup>22</sup>	Mis à disposition <sup>23</sup> (en nombre d'ETP) <sup>22</sup>	Total (en nombre d'ETP) <sup>22</sup>
Médecin			0
Psychiatre			0
Autre médecin spécialiste (précisez)			0
Psychologue			0
Infirmier			0
Aide-soignant			0
Autre paramédical			0
Assistant de service social			0
Educateur spécialisé			0
Animateur / Moniteur			0
Directeur / Chef de service / Assistant de direction			0
Secrétaire / comptable/ agent administratif			0
Documentaliste			0
Agent d'entretien			0
Autres, précisez:			0
Autres, précisez:			0
Autres, précisez:			0
<b>TOTAL GENERAL</b>	0	0	0
Bénévoles et volontaires			
Emplois aidés			
Stagiaires			

<sup>21</sup> salariés de la structure<sup>22</sup> un temps plein correspond à 35 heures par semaine (ex un mi-temps est compté 0,5)<sup>23</sup> salariés mis à disposition par d'autres structures**36. Formation professionnelle continue**

Nombre de membres de l'équipe ayant pris part à une activité de formation

Précisez les thématiques de ces formations:

**Commentaires sur l'ensemble du rapport**



## Annexe 9 : Rapport d'activité 2023 CSAPA structures ambulatoires

## MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVENTION

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE  
 SOUS-DIRECTION DE LA SANTE DES POPULATIONS ET DE LA PREVENTION DES MALADIES CHRONIQUES  
 BUREAU DE LA PREVENTION DES ADDICTIONS

Département (liste à choix)

## DISPOSITIF SPECIALISE DE LUTTE CONTRE LES PRATIQUES ADDICTIVES

## RAPPORT D'ACTIVITE DES STRUCTURES AMBULATOIRES

ANNEE 2023

## I LA STRUCTURE

**Le rapport d'activité ci-dessous doit décrire les activités obligatoires du CSAPA (Accueil, information, évaluation, orientation, prise en charge, réduction des risques) ainsi que les missions facultatives (consultations de proximité, activités de prévention, formation et recherche, prise en charge des addictions sans substances, intervention en direction des personnes détenues ou sortants de prison).**

Ce rapport concerne l'activité ambulatoire et les patients concernés des structures telles que définies par le décret du 14 mai 2007 (CSAPA). Un rapport devra être complété pour chaque structure autorisée.

[Cliquer Ici](#)**1. Coordonnées de la structure**

Nom de la structure :

*Choisir dans la liste svp (classement par département) ; si votre centre ne figure pas dans la liste, utilisez le champ ci-dessous :*

Numéro Finess :

Adresse

Code postal

Commune

Téléphone

Télécopie

Adresse électronique

**2. Coordonnées de la structure gestionnaire**

Nom :

Numéro Finess :

Adresse

Code postal

Commune

Téléphone

Télécopie

Adresse électronique

**3. Type de structure** (liste à choix : cliquez dans les cases puis sur la flèche pour obtenir la liste)

<input type="checkbox"/>	Avec appartements thérapeut. Relais <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/>	Avec Centre thérapeutique résidentiel <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/>	Avec familles d'accueil <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/>	Avec hébergement d'urgence et de transition <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/>	Avec nuits d'hôtel <sup>1</sup>

Nbre de places (ou nuits pour l'hôtel) <sup>2</sup>	Nombre de personnes hébergées

<sup>1</sup> Il est demandé aux CSST ambulatoire gérant des hébergements de remplir un rapport « hébergement » pour cette partie de leur activité. Un rapport hébergement devra être rempli pour chaque type d'hébergement dont le nombre de personnes accueillies durant l'année est supérieur à 10 usagers.

<sup>2</sup> Pour les nuits d'hotel, il est demandé d'indiquer la capacité d'accueil ou à défaut le nombre de nuits d'hotel réalisées.

**4. Forme juridique du CSAPA** (liste à choix : cliquez dans la case puis sur la flèche pour obtenir la liste)
**5. Statut du personnel** (liste à choix : cliquez dans la case puis sur la flèche pour obtenir la liste)

Autres statuts (préciser)

**6. Partenariat**

La structure a-t-elle passé convention avec d'autres structures?

*Si oui combien y a-t-il de conventions signées?*

Nombre de conventions signées avec des structures médico-sociales (CSAPA, CAARUD)

Nombre de conventions signées avec des structures sanitaires (hôpitaux, SSR, CDAG)

Nombre de conventions signées avec des structures sociales (CHRS)

Nombre de conventions signées avec les services de la justice


**7. Activités facultatives du CSAPA**

La structure intervient elle en milieu carcéral?

La structure prend elle en charge les addictions sans substances ?

La structure dispose t'elle d'une ou plusieurs consultation(s) de proximité visant à assurer le repérage des usages nocifs?

La structure dispose t'elle d'une ou plusieurs consultation(s) jeunes consommateurs?

La structure participe t'elle à des actions de prévention (en tant qu'intervenant)?

La structure participe t'elle à des actions de formation (en tant qu'intervenant)?

La structure participe t'elle à des actions de recherche?


**II. PATIENTS VUS PAR LA STRUCTURE AMBULATOIRE PENDANT L'ANNEE**

(y compris ceux vus dans le cadre des consultations pour jeunes consommateurs, des consultations de proximité, des consultations avancées, en milieu carcéral...)

SVP : les cellules blanches des tableaux ne doivent contenir que des chiffres ou être laissées vides ; ne pas mettre par ex. na, nd, nr ou nc

**8. Nombre de personnes reçues dans le CSAPA**

	Patient <sup>3 4</sup>	Personnes de l'entourage <sup>3 5</sup>
Nombre de personnes vues au moins une fois		
dont nombre de patients vus une seule fois		
dont nombre de nouveaux patients <sup>6</sup>		

Si le nombre de patients varie fortement par rapport à l'année précédente, merci de commenter cette évolution en fin de rapport.

<sup>3</sup> Il s'agit de tout contact en face à face dans le cadre d'une consultation. Les personnes peuvent avoir été vues dans les locaux de la structure ou en dehors (visite à l'hôpital, établissement pénitentiaire, etc...)

<sup>4</sup> Est considéré comme patient, toute personne en difficulté avec sa consommation de substances psychoactives (ou addictions sans substances) qui a pu bénéficier d'au moins un acte de prise en charge (médicale, psychologique, sociale ou éducative).

<sup>5</sup> Est considéré comme personne de l'entourage, toute personne venue en consultation sans la présence de la personne en difficulté avec sa consommation de substances psychoactives. Quand un patient vient accompagné d'une ou plusieurs personnes, seul est comptabilisé le patient.

<sup>6</sup> Les nouveaux patients correspondent aux patients qui n'ont jamais été vus par la structure. Ainsi un patient dont le suivi a été interrompu ne doit pas être considéré comme un nouveau patient.

-----**Parmi les patients vus au moins une fois au cours de l'année**-----

Pour les patients suivis sans interruption, prendre en compte la dernière situation connue<sup>7</sup> ; pour les nouveaux patients ou les patients revus après interruption du suivi<sup>8</sup>, prendre en compte la situation lors de la (re)prise de contact<sup>9</sup>

Toutes les données suivantes de la partie II reposent sur des réponses exclusives ; un patient ne peut donc être pris en compte que pour une seule modalité de réponse (à l'exception toutefois de la question 10, une même personne pouvant être recensée comme moins de 20 ans et comme moins de 18 ans).

<sup>7</sup> les centres veilleront à ce que les informations sur les patients soient actualisées au moins une fois par an.

<sup>8</sup> le suivi est considéré comme interrompu en cas d'absence de contact pendant six mois consécutifs, sauf situation particulière (par ex. rendez vous programmé dans plus de six mois)

<sup>9</sup> ces choix, toujours un peu arbitraires, de date de situation à prendre en compte sont liés au souhait de compatibilité avec RECAP et les standards européens (situation au moment du contact pour les nouveaux patients) et de prise en compte de la situation la plus récente pour les patients déjà suivis.

**9. Sexe des patients**

		%
Nombre d'hommes		0,0
Nombre de femmes		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0
Nombre et % de patients sans réponse	0	0,0

**10. Age des patients**

%

Précisez le nombre de patients ayant

moins de 20 ans		0,0
dont moins de 18 ans		0,0
entre 20 et 24 ans		0,0
entre 25 et 29 ans		0,0
entre 30 et 39 ans		0,0
entre 40 et 49 ans		0,0
entre 50 et 59 ans		0,0
60 ans et plus		0,0
Total (Hors ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0

Nombre et % de patients sans réponse

0

**11. Origine géographique**

Nombre de patients originaires du département		0,0
Nombre de patients originaires de la région (hors départ.)		0,0
Nombre de patients en provenance d'autres rég.		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0

Nombre et % de patients sans réponse

0

0,0

**12. Logement**

Pour les personnes incarcérées, situation à l'entrée dans l'établissement pénitentiaire

		%
Durable <sup>10</sup>		0,0
Provisoire (ou précaire)		0,0
SDF		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0

Nombre et % de patients sans réponse

0

0,0

<sup>10</sup> Le logement sera considéré comme durable si la personne peut raisonnablement escompter vivre, pendant au moins les 6 prochains mois, soit dans ce logement soit dans un logement équivalent lorsqu'un déménagement ou un changement d'institution est prévu.

**13. Origine principale des ressources**

Pour les personnes incarcérées, situation à l'entrée dans l'établissement pénitentiaire

		%
Revenus de l'emploi (y comp. Ret., pens. invalid.)		0,0
Assedic		0,0
RMI/RSA		0,0
AAH		0,0
Autres prestations sociales		0,0
Ressources provenant d'un tiers		0,0
Autres ressources (y compris sans revenus)		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0

Nombre et % de patients sans réponse

0

**14. Origine de la demande de consultation**

%

Initiative du patient ou des proches		0,0
Médecin de ville		0,0
Structure spécialisée médico-sociale ( CSAPA/ CAARUD)		0,0
Structures hospitalières spécialisées en addictologie (Equipe hospitalière de liaison, consultation hospitalière d'addictologie, autre...)		0,0
Autre hôpital / autre sanitaire		0,0
Institutions et services sociaux		0,0
Justice, orientation présentencielle		0,0
Justice, orientation post-sentencielle		0,0
Justice, classement avec orientation		0,0
Milieu scolaire/étudiant		0,0
Autre		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0
Nombre et % de patients sans réponse	0	

**15. Répartition des patients suivant les produits consommés<sup>11</sup> ou les addictions les plus dommageables**

	Produit n°1	%
Alcool		0,0
Tabac		0,0
Cannabis		0,0
Opiacés (hors substitution détournée )		0,0
Cocaïne et crack		0,0
Amphétamines, ecstasy, ...		0,0
Médicaments psychotropes détournés		0,0
Traitement de substitution détournés		0,0
Addictions sans substances (jeu d'argent et de hasard y compris jeux en ligne)		0,0
Addictions sans substances (cyberaddictions)		0,0
Autres addictions sans substance		0,0
Autres (dont autres produits)		0,0
Total produits et addictions 1	0	0,0
Pas de produits consommés		0,0
Non renseigné		0,0
Total (=100% de la file active)	0	
Nombre et % de patients sans réponses	0	

	Produit n°2	%
	Alcool	0,0
	Tabac	0,0
	Cannabis	0,0
	Opiacés (hors substitution détournée )	0,0
	Cocaïne et crack	0,0
	Amphétamines, ecstasy, ...	0,0
	Médicaments psychotropes détournés	0,0
	Traitement de substitution détournés	0,0
	Addictions sans substances (jeu d'argent et de hasard y compris jeux en ligne)	0,0
	Addictions sans substances (cyberaddictions)	0,0
	Autres addictions sans substance	0,0
	Autres (dont autres produits)	0,0
	Total produits et addictions 2	0
	Pas de deuxième produit consommé	0,0
	Non renseigné	0,0
	Total (=100% de la file active)	0
Nombre et % de patients sans réponse	0	

<sup>11</sup> Produits consommés au cours des 30 derniers jours précédant l'entretien d'évaluation les plus dommageables pour le patient (selon le point de vue de l'équipe). Voir le guide de remplissage RECAP : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/recap/prerecap.html>

## 16. Répartition des patients suivant les produits à l'origine de la prise en charge <sup>12</sup>

	Produit à l'origine de la prise en charge	%
	Alcool	0,0
	Tabac	0,0
	Cannabis	0,0
	Opiacés (hors substitution détournée )	0,0
	Cocaïne et crack	0,0
	Amphétamines, ecstasy, ...	0,0
	Médicaments psychotropes détournés	0,0
	Traitement de substitution détournés	0,0
	Addictions sans substances (jeu d'argent et de hasard y compris jeux en ligne)	0,0
	Addictions sans substances (cyberaddictions)	0,0
	Autres addictions sans substance	0,0
	Autres (dont autres produits)	0,0
	Total produits à l'origine de la prise en charge	0
	Non renseigné	0,0
	Total (=100% de la file active)	0
Nombre et % de patients sans réponse	0	

<sup>12</sup> Indiquer le produit qui est ou a été le plus en cause dans la demande de prise en charge, même si le patient ne le consomme plus. Un produit ou une addiction sans produits doit être indiqué pour chaque patient.

**17. Type d'usage des produits (hors tabac)**

Indiquez le nombre de patients qui ont une consommation classée :

(se référer au produit n°1 renseigné à l'item 15 pour l'usage, l'usage à risque/nocif et la dépendance)

		%
en abstinence (durant au moins les 30 derniers jours)	<input type="text"/>	0,0
en usage simple	<input type="text"/>	0,0
en usage à risque ou en usage nocif <sup>13</sup>	<input type="text"/>	0,0
en dépendance <sup>13</sup>	<input type="text"/>	0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
ne sait pas <sup>14</sup>	<input type="text"/>	0,0

Nombre et % de patients sans réponse

<sup>13</sup> en référence à la classification internationale des maladies 10ème édition (CIM10) ; la notion d'abus, défini dans le DSMIV peut également être utilisée<sup>14</sup> les patients dont l'usage date de plus de 30 jours doivent être placés à la rubrique ne sait pas**18. Voie Intraveineuse<sup>15</sup>**

Nombre de patients ayant :

		%
utilisé la voie intraveineuse lors du mois précédent	<input type="text"/>	0,0
utilisé la voie intrav. antérieurement (pas dans le mois)	<input type="text"/>	0,0
jamais utilisé la voie intraveineuse	<input type="text"/>	0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)	<input type="text"/>	0,0

Nombre et % de patients sans réponse

<sup>15</sup> quel que soit le produit injecté**19. Si vous avez eu connaissance de décès parmi les patients vus au cours de l'année, indiquez en le nombre**

Nombre total de décès

Dont nombre de décès par surdose aux opiacés

**20. Vaccinations et dépistage<sup>16</sup>****Hépatite B**

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage gratuit

Nombre de personnes ayant débuté une vaccination

Nombre de patients ayant complété le schéma vaccinal

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

**Hépatite C**

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage gratuit de l'hépatite C

**VIH**

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH

<sup>16</sup> doivent être renseignées les personnes ayant bénéficié d'un dépistage ou d'une vaccination, dans l'année, dans le centre ou à l'extérieur

**21. Traitements de substitution**

Indiquez le nombre de patients ayant bénéficié d'un traitement de substitution aux opiacés

**Prescription:**

Indiquez le nombre de patients  
 sous traitement quel que soit le prescripteur  
 pour lesquels le traitement a été prescrit au moins une fois par le centre  
 pour lesquels le traitement a été initié par le centre  
 pour lesquels a été primo-prescrit de la méthadone gélules

Méthadone	BHD

**Dispensation:**

Indiquez le nombre de patients (quel que soit le prescripteur):  
 pour lesquels la dispensation a été effectuée dans le centre  
 pour lesquels la dispensation a eu lieu en pharmacie de ville  
 pour lesquels une prescription en relais est faite par le centre (vacances...)

Méthadone	BHD

Quantité totale de méthadone délivrée par le centre par an (en mg)

Autres traitements à visée substitutive (aux opiacés) prescrits par le centre (précisez le nom du

(nom du traitement)


(nbre patients)


(nom du traitement)

(nbre patients)

**III. L'ACTIVITE**

(y compris celle réalisée dans le cadre des consultations jeunes consommateurs, des consultations de proximité, des consultations avancées, en milieu carcéral...)

SVP, ne pas mettre de texte (ex : nd, nc, 4adultes/3 enfants) dans les cellules blanches des tableaux

**22. Nombre de consultations avec les patients**<sup>17</sup>

Complétez le tableau en indiquant le nombre de consultations et le nombre de patients concernés pendant l'année par type de professionnels.

	Nombre de consultations	Nombre de patients
Médecins		
Psychiatres		
Infirmiers		
dont actes pour la délivrance de TSO		
Psychologues		
Assistants sociaux		
Educateurs spécialisés		
Animateurs		
Autres :		
Précisez:		

Nombre d'actes/ de visites	Nombre de patients

Parmi les consultations, nombre de visites à domicile

Nombre d'actes d'accompagnements de patients pour démarche extérieure

<sup>17</sup> un acte patient = une consultation associant en face à face un intervenant et un patient éventuellement accompagné. Si plusieurs personnes de l'entourage participent à la consultation, compter un acte. Si plusieurs intervenants participent à la consultation, compter un acte par intervenant.

**23. Nombre de consultations**<sup>18</sup> avec les personnes de l'entourage

	Nombre de consultations	Nombre de personnes de l'entourage <sup>19</sup>
Médecins		
Psychiatres		
Infirmiers		
Psychologues		
Assistants sociaux		
Educateurs spécialisés		
Animateurs		
Autres :		
Précisez:		

<sup>18</sup> un acte entourage = une consultation associant un ou plusieurs membres de l'entourage et un intervenant en face à face

<sup>19</sup> Est considéré comme personne de l'entourage, toute personne venue en consultation sans la présence de la personne en difficulté avec sa consommation de substances psychoactives. Quand un patient vient accompagné d'une ou plusieurs personnes, seul est comptabilisé un acte pour le patient.

**24. Activités de groupe thérapeutique**<sup>20</sup>

	Nombre de type d'ateliers, de groupes	Nombre de réunions des groupes	Nombre de personnes concernées <sup>21</sup>
Groupe de paroles			
Groupe d'informations (éducation pour la santé, éducation thérapeutique)			
Ateliers d'activité artistique et d'expression (théâtre, peinture, écriture...)			
Ateliers d'activité corporelle (sport...)			

<sup>20</sup> sont considérés comme activités de groupe thérapeutique les activités thérapeutiques associant plusieurs patients avec au minimum un soignant.

<sup>21</sup> Le patient doit être compté autant de fois que de types de groupes thérapeutiques auxquels il participe. Un patient qui participe à un atelier d'écriture et à un atelier de peinture doit être compté deux fois.

**25. Sevrages**<sup>22</sup>

Sevrages initiés lors de l'année

(dans le centre ou avec accompagnement du centre)

dont sevrages en ambulatoire initiés en ambulatoire par le centre

dont sevrages initiés assurés par l'hôpital et suivi par le centre

Nombre de sevrages	Nombre de patients

<sup>22</sup> On entend par sevrage toute tentative d'arrêt protocolisé de tout produit (substances psychoactives et traitements de substitution compris)

**26. Distribution de matériel de réduction des risques**

Indiquer les quantités de matériel délivré par les équipes du CSAPA et/ou les automates

Nombre de trousses d'injection (Kit+, Kap...)

Nombre de seringues à l'unité de 1cc

Nombre de seringues à l'unité de 2cc

Nombre de seringues usagées récupérées<sup>23</sup>

Nombre de jetons

Nombre de brochures sur l'alcool

sur le tabac

sur les drogues illicites

Nombre de préservatifs

Outils d'auto-évaluation des consommations (test d'alcoolémie, test de Fagerström...)


<sup>23</sup> 1 litre= 56 seringues

**27. Les activités de prévention et de formation collective**<sup>24</sup>

Nombre d'actions de prévention collective

	Information/Sensibilisation		Formation		Conseil	
	Heures	Pers.	Heures	Pers.	Heures	Pers.
<b>Milieu scolaire</b>						
Primaire et secondaire						
Enseignement supérieur						
Formation et insertion						
<b>Milieu spécifique</b>						
Social						
Santé						
Justice						
<b>Milieu entreprise</b>						
Privé						
Public						
<b>Autre</b>						
<b>Total</b>		0	0	0	0	0

<sup>24</sup> Est comptabilisé uniquement le temps consacré aux interventions en face à face (hors préparation, prospection et évaluation)

#### IV MOYENS FINANCIERS DE LA STRUCTURE

*Financements se rapportant aux activités obligatoires et facultatives décrites dans le rapport (y compris celles réalisées dans le cadre des consultations jeunes consommateurs, des consultations de proximité, des consultations avancées, en milieu carcéral, les actions de prévention, de formation, de recherche...)*

#### 28. Ressources (arrondir à l'euro)

Dotation par l'enveloppe ONDAM médico – social	
Subventions MILDT	
Autres subventions Etat	
Subventions collectivités territoriales (précisez en dessous)	
Subventions organismes de protection sociale (FNPEIS, CAF, etc.)	
Subventions organismes publics ou autres (précisez en dessous)	
Ventes (prestations facturées : formations, conseils, autres précisez)	
Autres ressources	
<b>Total</b>	<b>0</b>

*Pouvez-vous indiquer à partir du compte administratif le montant que représente dans le total des charges:*

le groupe I	€	
le groupe II	€	
le groupe III	€	

*Indiquez, le cas échéant, les activités non décrites dans le rapport financées par les ressources mentionnées ci-dessus (hébergement ne faisant pas l'objet d'un rapport spécifique)*

**V L'ÉQUIPE**

*se rapportant aux activités obligatoires et facultatives décrites dans le rapport  
(y compris celle des consultations jeunes consommateurs, des consultations de proximité, des consultations avancées, en milieu carcéral, les actions de prévention, de formation, de recherche...)*

**29. Les membres de l'équipe**

		Salariés <sup>25</sup> (en nombre d'ETP) <sup>27</sup>	Mis à disposition <sup>26</sup> (en nombre d'ETP) <sup>27</sup>	Total (en nombre d'ETP) <sup>27</sup>
Médecin				0
Psychiatre				0
Autre médecin spécialiste	précisez: <input type="text"/>			0
Psychologue				0
Infirmier				0
Aide-soignant				0
Autre paramédical				0
Assistant de service social				0
Educateur spécialisé				0
Animateur / Moniteur				0
Directeur / Chef de service / Assistant de direction				0
Secrétaire / comptable/ agent administratif				0
Documentaliste				0
Agent d'entretien				0
Autres, précisez:	<input type="text"/>			0
Autres, précisez:	<input type="text"/>			0
Autres, précisez:	<input type="text"/>			0
<b>TOTAL GENERAL</b>		0	0	0
Bénévoles et volontaires				
Emplois aidés				
Stagiaires				

<sup>25</sup> salariés de la structure

<sup>26</sup> salariés mis à disposition par d'autres structures

<sup>27</sup> un temps plein correspond à 35 heures par semaine (ex un mi-temps est compté 0,5)

**30. Formation professionnelle continue**

Nombre de membres de l'équipe ayant pris part à une activité de formation

Précisez les thématiques de ces formations:



**Annexe : rapport d'activité spécifique de la consultation jeunes consommateurs <sup>1</sup>**

Cette annexe décrit l'activité de la consultation jeunes consommateurs défini par le cahier des charges joint en annexe n°4 de la circulaire du 28 février 2008 relative aux CSAPA et aux schémas régionaux d'addictologie

<sup>1</sup> La consultation jeunes consommateurs est une consultation pour les jeunes qui ressentent une difficulté en lien avec leur consommation ou en lien avec un comportement addictif et qui sont accueillies pour une information, une évaluation et/ ou une prise en charge brève et une orientation si nécessaire. A contrario, un jeune dépendant aux opiacés adressé par un médecin n'a pas vocation à être reçu dans le cadre de ce dispositif mais à être pris en charge dans le CSAPA.

**LA FILE ACTIVE**

1. Nombre de personnes reçues dans la consultation <sup>2</sup>  
(au moins un contact en face à face)

dont nombre reçus seuls (entourage seul ou consommateurs seuls)

Entourage	Consommateurs
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

<sup>2</sup> personnes vues dans les locaux de la consultation

2. Critère d'inclusion dans la file active des jeunes consommateurs  
liste à choix

âge inférieur à :

Si le critère est 1\_Age limite, indiquez cet âge

ans

Si le critère est 2\_Autre critère, précisez svp :

**LES ACTES**

3. Nombre total d'entretiens individuels avec le consommateur  
(avec ou sans présence de membre(s) de l'entourage)

4. Nombre total d'entretiens individuels avec un ou plusieurs membres de l'entourage  
en l'absence du consommateur

5. Nombre total de séances de groupe <sup>4</sup> organisées pour des consommateurs

<sup>4</sup> ne doivent être considérées comme activités de groupe que ce qui rassemble plusieurs personnes avec un intervenant, relève d'un projet

6. Nombre total de séances de groupe <sup>5</sup> organisées pour l'entourage  
(sans consommateurs)

<sup>5</sup> ne doivent être considérées comme activités de groupe que ce qui rassemble plusieurs personnes avec un intervenant, relève d'un projet spécifique et explicite d'activité de groupe

**LES PRODUITS**

## 7. Répartition des patients suivant les produits consommés/addictions les plus dommageables

	Produit N°1	%
Alcool		0,0
Tabac		0,0
Cannabis		0,0
Opiacés (hors substitution détournée )		0,0
Cocaïne et crack		0,0
Amphétamines, ecstasy, ...		0,0
Médicaments psychotropes détournés		0,0
Traitement de substitution détournés		0,0
Addictions sans substances (jeu d'argent et de hasard y compris jeux en ligne)		0,0
Addictions sans substances (cyberaddictions)		0,0
Autres addictions sans substance		0,0
Autres		0,0
Total produits 1	0	0,0
Pas de produits consommés		0,0
Non renseigné		0,0
Total (=100% de la file active)	0	
Nombre et % de patients sans réponses	0	0,0

	Produit N°2	%
Alcool		0,0
Tabac		0,0
Cannabis		0,0
Opiacés (hors substitution détournée )		0,0
Cocaïne et crack		0,0
Amphétamines, ecstasy, ...		0,0
Médicaments psychotropes détournés		0,0
Traitement de substitution détournés		0,0
Addictions sans substances (jeu d'argent et de hasard y compris jeux en ligne)		0,0
Addictions sans substances (cyberaddictions)		0,0
Autres addictions sans substance		0,0
Autres		0,0
Total produits 2	0	0,0
Pas de produit n°2		0,0
Non renseigné		0,0
Total (=100% de la file active)	0	
Nombre et % de patients sans réponses	0	0,0

**L'ÉQUIPE**

## 8. Membres de l'équipe de la consultation jeunes consommateurs

	Salariés (en nombre d'ETP)	Mis à disposition (en nombre d'ETP)	Total (en nombre d'ETP)
Médecins			0
Psychologue			0
Infirmier			0
Educateur spécialisé			0
Autre (précisez):			0
Autre (précisez):			0
Total	0	0	0

**HEURES D'OUVERTURE**

## 9. Nombre d'heures hebdomadaires d'ouverture de la consultation

**ORIENTATIONS**

## 10. Nombre de consommateurs orientés vers :

%

CSAPA	<input type="text"/>	0,0
CMP/CMPP	<input type="text"/>	0,0
Hospitalisation	<input type="text"/>	0,0
Médecin de ville psychiatre	<input type="text"/>	0,0
Médecin de ville généraliste	<input type="text"/>	0,0
Psychologue <sup>6</sup>	<input type="text"/>	0,0
Point écoute	<input type="text"/>	0,0
Service social	<input type="text"/>	0,0
Autre	<input type="text"/>	0,0
Libellé Autre	<input type="text"/>	
Sans orientation <sup>7</sup>	<input type="text"/>	0,0
Total (hors ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)	<input type="text"/>	
Nombre et % de patients sans réponse	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 0,0

<sup>6</sup> hors CSAPA/CMP/CMPP<sup>7</sup> la situation du consultant ne rend pas nécessaire une orientation

<b>Annexe : rapport d'activité spécifique sur l'intervention en milieu carcéral</b>
---

Cette annexe doit être remplie pour toute l'activité carcérale du CSAPA que le centre intervienne dans un ou plusieurs établissements pénitentiaire(s)<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Pour les CSAPA en milieu pénitentiaire, seuls les items 3, 15 et 16 de cette annexe devront être remplis en plus du rapport global

**1. Etablissement(s) pénitentiaire(s) où intervient le CSAPA**

Nombre d'établissements pénitentiaires où intervient le CSAPA

Indiquer la ville de chaque établissement pénitentiaire concerné


**2. Nombre de personnes vues en établissement pénitentiaire**

--

**3. Nombre de personnes pour lesquelles la consultation du CSAPA est la première prise en charge de toute leur vie en addictologie**

--

**4. Sexe des patients**

%

Nombre d'hommes	0	0,0
Nombre de femmes	0	0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)	0	0,0

Nombre et % de patients sans réponse

0
---

0,0
-----

**5. Age des patients**

%

Précisez le nombre de patients ayant

moins de 20 ans	0	0,0
dont moins de 18 ans	0	0,0
entre 20 et 24 ans	0	0,0
entre 25 et 29 ans	0	0,0
entre 30 et 39 ans	0	0,0
entre 40 et 49 ans	0	0,0
entre 50 et 59 ans	0	0,0
60 ans et plus	0	0,0
Total (Hors ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)	0	0,0

Nombre et % de patients sans réponse

0
---

--

**6. Origine de la demande de consultation**

%

Initiative du patient ou des proches		0,0
UCSA		0,0
SMPR		0,0
SPIP		0,0
Surveillants		0,0
Autre		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		0,0
Nombre et % de patients sans réponse	0	

**7. Répartition des patients suivant les produits à l'origine de la prise en charge <sup>2</sup>**

	Produit à l'origine de la prise en charge	%
	Alcool	0,0
	Tabac	0,0
	Cannabis	0,0
	Opiacés (hors substitution détournée )	0,0
	Cocaïne et crack	0,0
	Amphétamines, ecstasy, ...	0,0
	Médicaments psychotropes détournés	0,0
	Traitement de substitution détournés	0,0
	Addictions sans substances (jeu d'argent et de	0,0
	Addictions sans substances (cyberaddictions)	0,0
	Autres addictions sans substance	0,0
	Autres	0,0
	Total produits à l'origine de la prise en charge	0
	Non renseigné	0,0
	Total (=100% de la file active)	0
Nombre et % de patients sans réponse	0	

<sup>2</sup> Indiquer le produit qui est ou a été le plus en cause dans la demande de prise en charge, même si le patient ne le consomme plus. Un produit ou une addiction sans produits doit être indiqué pour chaque patient.

**8. Voie Intraveineuse<sup>3</sup>**

Nombre de patients ayant :

%

utilisé la voie intraveineuse		0,0
jamais utilisé la voie intraveineuse		0,0
Total (hors Ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)		

Nombre et % de patients sans réponse

0

<sup>3</sup> quel que soit le produit injecté

**9. Vaccinations et dépistage**<sup>4</sup>**Hépatite B**

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage gratuit

Nombre de personnes ayant débuté une vaccination

Nombre de patients ayant complété le schéma vaccinal


**Hépatite C**

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage gratuit de l'hépatite C

--

**VIH**

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH

--

<sup>4</sup> doivent être renseignées les personnes ayant bénéficié d'un dépistage ou d'une vaccination, dans l'année, dans le CSAPA ou à l'extérieur**10. Traitements de substitution***Indiquez le nombre de patients ayant bénéficié d'un traitement de substitution aux opiacés*

Indiquez le nombre de patients

pour lesquels le traitement a été initié en détention

pour lesquels le traitement a été poursuivi en détention

Méthadone	BHD

**11. Nombre de consultations avec les patients**<sup>5</sup>*Complétez le tableau en indiquant le nombre de consultations et le nombre de patients concernés pendant l'année par type de*

	Nombre de consultations	Nombre de patients
Médecins		
Psychiatres		
Infirmiers		
Psychologues		
Assistants sociaux		
Educateurs spécialisés		
Animateurs		
Autres :		
Précisez:		

<sup>5</sup> un acte patient = une consultation associant en face à face un intervenant et un patient éventuellement accompagné. Si plusieurs personnes de l'entourage participent à la consultation, compter un acte. Si plusieurs intervenants participent à la consultation, compter un acte par intervenant.**12. Activités de groupe thérapeutique**<sup>6</sup>

	Nombre de type d'ateliers, de groupes	Nombre de réunions des groupes	Nombre de personnes concernées <sup>7</sup>
Groupe de paroles			
Groupe d'informations (éducation pour la santé,			
Ateliers d'activité artistique et d'expression			
Ateliers d'activité corporelle (sport...)			

<sup>6</sup> sont considérés comme activités de groupe thérapeutique les activités thérapeutiques associant plusieurs patients avec au minimum un<sup>7</sup> Le patient doit être compté autant de fois que de types de groupes thérapeutiques auxquels il participe. Un patient qui participe à un atelier écriture et à un atelier de peinture doit être compté deux fois.

**13. Membres de l'équipe intervenant en prison**

	Salariés (en nombre d'ETP)	Mis à disposition (en nombre d'ETP)	Total (en nombre d'ETP)
Médecins			0
Psychologue			0
Infirmier			0
Educateur spécialisé			0
Autre (précisez):			0
Autre (précisez):			0
Total	0	0	0

**14. Nombre d'heures mensuelles d'intervention en prison****15. Nombre de sortants de prison dans l'année parmi les personnes vues en établissement pénitentiaire****16. Orientation à la sortie**

Parmi les sortants, nombre de patients orientés vers:

%

CSAPA intervenant en prison	<input type="text"/>	0,0
autre CSAPA ambulatoire	<input type="text"/>	0,0
CSA avec hébergement	<input type="text"/>	0,0
Etablissement sanitaire (hospitalisation, SSR)	<input type="text"/>	0,0
Médecin de ville	<input type="text"/>	0,0
Autre	<input type="text"/>	0,0
Libellé Autre	<input type="text"/>	
Sans orientation <sup>8</sup>	<input type="text"/>	0,0
Total (hors ne sait pas)	0	0,0
Ne sait pas (ou non renseigné)	<input type="text"/>	

Nombre et % de patients sans réponse

N'indiquer qu'une seule orientation par patient

<sup>8</sup> la situation du consultant ne rend pas nécessaire une orientation**Annexe : sevrage tabagique en CSAPA***Questions de l'ancienne annexe 2, "questionnaire relatif au sevrage tabagique en CSAPA" intégrées dans le rapport d'activité.*

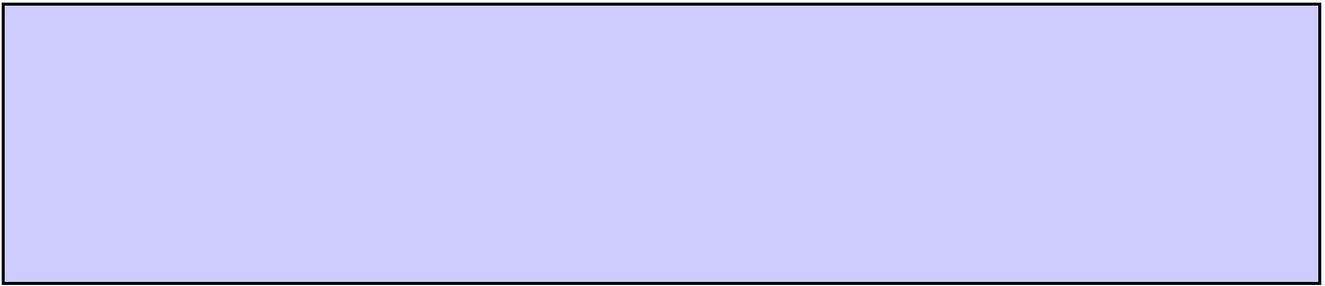
Nombre de fumeurs quotidiens dans la file active du Caspa (toutes addictions):

Nombre de personnes prises en charge pour un sevrage tabagique au Caspa (toutes addictions)

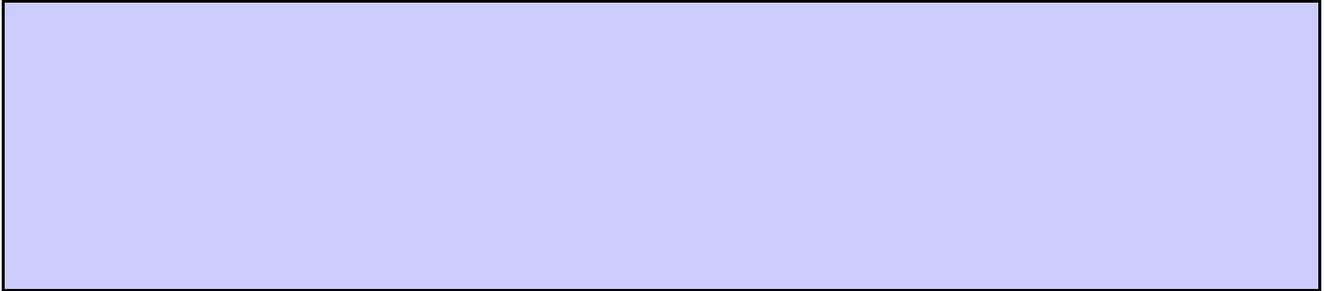
Nombre d'amorces de traitement d'un mois distribué gratuitement au cours de l'année

Avez-vous connu un accroissement d'activité pendant la campagne moi(s) sans tabac?

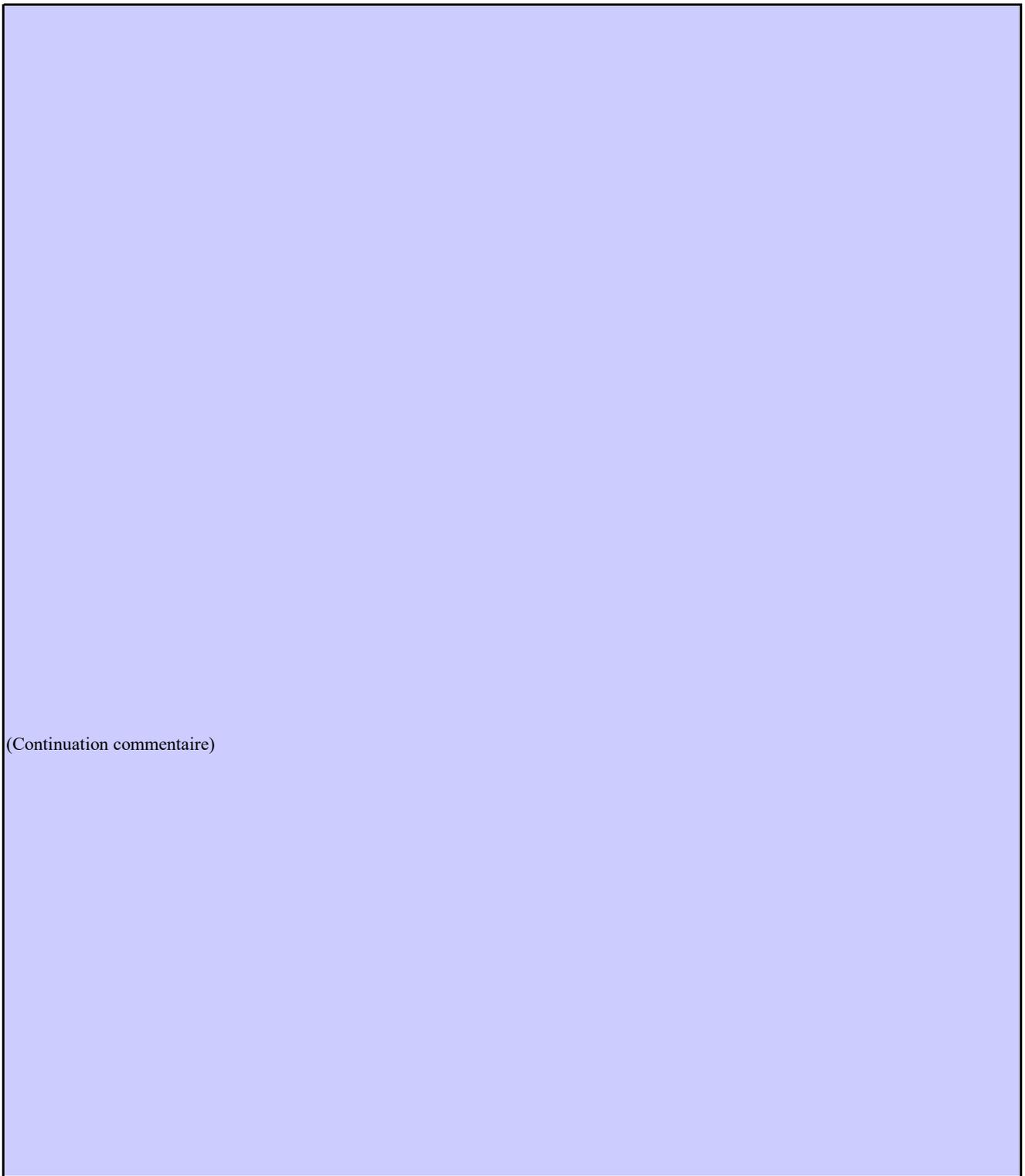
**Commentaires et observations sur "moi(s) sans tabac" (citez 1 à 3 actions réalisées)**



**Commentaires et observations relatifs au sevrage tabagique en CSAPA :**



**Commentaires sur l'ensemble du rapport**



(Continuation commentaire)

## Annexe 10 : Rapport d'activité 2023 des LAM

Rapport d'activité des LAM	
Déclaration N des données N-1 (ex. déclaration 2024 des données 2023 - du 1er janvier au 31 décembre 2023)	
<b>Message d'accueil</b>	
Le Projet Régional de Santé dans ses volets hospitalier (Schéma Régional de l'Organisation des Soins) et prévention (Schéma Régional de la Prévention) et plus particulièrement le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS) a mis l'accent sur la nécessité de permettre aux personnes les plus démunies et vulnérables d'accéder aux soins de droit commun. Parmi ses objectifs, il s'est fixé l'évaluation des dispositifs de lutte contre l'exclusion, dont font partie les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM). Afin de mieux évaluer le fonctionnement et l'activité de chaque LAM, il est demandé le remplissage du rapport d'activité type par auto-questionnaire ci-après.	
CARACTERISTIQUES DE LA STRUCTURE	
<b>1. Informations administratives de la structure</b>	
Nom de la structure :	<input type="text"/>
Coordonnées de la structure :	<input type="text"/>
Numéro FINESS de la structure :	<input type="text"/>
<b>2. Informations administratives du répondant</b>	
Nom du répondant :	<input type="text"/>
Fonction du répondant :	<input type="text"/>
Téléphone du répondant :	<input type="text"/>
Mail du répondant :	<input type="text"/>
<b>3. Quel est le département d'implantation de la structure porteuse ?</b>	
Indiquez le numéro de département en 2 caractères. Exemple : pour le département de l'Hérault, indiquez "34"	
<b>4. Quel est le statut de la structure porteuse ? (1 seule réponse possible)</b>	
<input type="checkbox"/>	Etablissement de santé
<input type="checkbox"/>	Association
<input type="checkbox"/>	CCAS/CIAS
<input type="checkbox"/>	GiP
<input type="checkbox"/>	Autres (précisez) : <input type="text"/>
<i>Une seule réponse</i>	
<b>5. Si la structure porteuse est une association, quel est son objet principal ?</b>	
<input type="checkbox"/>	Hébergement / logement adapté
<input type="checkbox"/>	Santé
<input type="checkbox"/>	Autres (précisez) : <input type="text"/>
<i>La question n'est pertinente que si Statut structure = "Association"</i>	
<b>6. Pour les associations, quels sont les autres dispositifs, services et établissements hors LAM gérés par la structure ? (plusieurs réponses possibles)</b>	
<input type="checkbox"/>	Appariements de Coordination thérapeutique (ACT)
<input type="checkbox"/>	LHSS
<input type="checkbox"/>	LHSS pédiatrique
<input type="checkbox"/>	CAARUD/CSAPA
<input type="checkbox"/>	LHSS mobile
<input type="checkbox"/>	LHSS de jour
<input type="checkbox"/>	EMSP
<input type="checkbox"/>	ESSP
<input type="checkbox"/>	Services et établissements sociaux et médico-sociaux (SSIAD, EHPAD, FAM, MAS, ITEP, MECS, service d'aide à domicile)
<input type="checkbox"/>	Etablissements sanitaires et services de santé (services hospitaliers, SSR, centre de santé, accompagnement, éducation et promotion de la santé...)
<input type="checkbox"/>	Veille sociale (SAO, 115, maraude, accueil de jour...)
<input type="checkbox"/>	Structures d'hébergement (CHU, CHRS, CADA...)
<input type="checkbox"/>	Logement adapté (résidence sociale, pensions de famille, résidence accueil, appartement relais...)
<input type="checkbox"/>	Services d'accompagnement social (services d'accompagnement et de soutien, AVDL, ASLL)
<input type="checkbox"/>	Services d'insertion professionnelle
<input type="checkbox"/>	Aucun autre
<input type="checkbox"/>	Autres (précisez) : <input type="text"/>
<i>Vous pouvez cocher plusieurs cases - la question n'est pertinente que si Statut structure = "Association"</i>	
<b>7. Date d'entrée en vigueur du projet d'établissement (jj/mm/aaaa) ?</b>	
<input type="text"/>	
<b>8. Date d'échéance du projet d'établissement (jj/mm/aaaa) ?</b>	
<input type="text"/>	
<b>9. Si la structure a évolué au regard du rapport d'activité de l'année n-1, précisez :</b>	
<input type="text"/>	
Caractéristiques générales LAM	
<b>10. Quel est le département d'implantation des LAM ?</b>	
Indiquez le numéro de département en 2 caractères. Exemple : pour le département de l'Hérault, indiquez "34"	
<b>11. Quelle est la taille de la commune d'implantation des LAM ?</b>	
<input type="checkbox"/>	Moins de 5000 habitants
<input type="checkbox"/>	Entre 5 000 et 9 999 habitants
<input type="checkbox"/>	Entre 10 000 et 99 999 habitants
<input type="checkbox"/>	100 000 habitants et plus
<i>Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum)</i>	
<b>12. Les LAM sont-ils accessibles :</b>	
<input type="checkbox"/>	En bus
<input type="checkbox"/>	En tramway
<input type="checkbox"/>	En train
<input type="checkbox"/>	En métro
<input type="checkbox"/>	Autre (précisez) : <input type="text"/>
<i>Vous pouvez cocher plusieurs cases.</i>	
<b>13. Quelle est l'année d'autorisation des LAM ?</b>	
Indiquez l'année de la première autorisation	
<input type="text"/>	
<b>14. Quelle est l'année d'ouverture effective des LAM ?</b>	
Indiquez l'année d'ouverture des premiers lits.	
<input type="text"/>	
<b>15. Au 31/12/n-1, quel est le nombre de lits LAM autorisés pour la structure tous sites confondus ?</b>	
La réponse doit être comprise entre 3 et 999.	
<input type="text"/>	
<b>16. Au 31/12/n-1, quel est le nombre de lits LAM installés dans la structure tous sites confondus ?</b>	
La réponse doit être comprise entre 1 et 999.	
<input type="text"/>	
<b>17. Sur combien de sites les lits LAM sont-ils implantés... ?</b>	
Nombre de 2 caractères.	
<input type="text"/>	
<b>18. Le bâtiment où sont implantés les LAM accueille-t-il d'autres activités gérées par la structure porteuse ?</b>	
<input type="checkbox"/>	Oui
<input type="checkbox"/>	Non
<b>19. Si oui, lesquelles ?</b>	
<input type="checkbox"/>	Veille sociale (SAO, 115, maraude, accueil de jour...)
<input type="checkbox"/>	Structures d'hébergement (CHU, CHRS, CADA...)
<input type="checkbox"/>	Logement adapté (résidence sociale, pensions de famille, résidence accueil, appartement relais...)
<input type="checkbox"/>	CSAPA/CAARUD
<input type="checkbox"/>	Appariements de Coordination thérapeutique (ACT)
<input type="checkbox"/>	Services et établissements sociaux et médico-sociaux (SSIAD, EHPAD, FAM, MAS, ITEP, MECS, service d'aide à domicile)
<input type="checkbox"/>	Etablissements sanitaires et services de santé (services hospitaliers, SSR, centre de santé, accompagnement, éducation et promotion de la santé...)
<input type="checkbox"/>	Services d'accompagnement social (services d'accompagnement et de soutien, AVDL, ASLL)
<input type="checkbox"/>	Services d'insertion professionnelle
<input type="checkbox"/>	Aucun autre
<input type="checkbox"/>	Autres (précisez) : <input type="text"/>
<i>Vous pouvez cocher plusieurs cases - la question n'est pertinente que si autres activités localisées = "Oui"</i>	
<b>20. Avez-vous procédé à une mutualisation avec les autres services gérés par la structure pour le fonctionnement des LAM sur les points suivants :</b>	
<input type="checkbox"/>	Personnel (accompagnement social)
<input type="checkbox"/>	Locaux
<input type="checkbox"/>	Matériel
<input type="checkbox"/>	Animation
<input type="checkbox"/>	Logistique
<input type="checkbox"/>	Fonction support
<input type="checkbox"/>	Autre (précisez) : <input type="text"/>
<b>21. Combien de lits sont installés dans ... ?</b>	
<input type="checkbox"/>	Une chambre individuelle
<input type="checkbox"/>	Une chambre double
<input type="checkbox"/>	Une chambre collective
<i>(à partir de 3 par chambre)</i>	
<b>22. Quel est le nombre de lits accessibles à des personnes à mobilité réduite ?</b>	
La réponse doit être comprise entre 0 et 999	
<input type="text"/>	
<b>23. Les usagers des LAM ont-ils la possibilité d'être accueillis avec ... ? (plusieurs réponses possibles)</b>	
<input type="checkbox"/>	un enfant
<input type="checkbox"/>	un tiers
<input type="checkbox"/>	un animal
<input type="checkbox"/>	il n'y a pas de possibilité d'accueil complémentaire
<i>Vous pouvez cocher plusieurs cases.</i>	
<b>24. Combien de lits LAM sont implantés dans ... ?</b>	
<input type="checkbox"/>	Des locaux neufs (moins de 5 ans)
<input type="checkbox"/>	Des locaux rénovés (moins de 5 ans)
<input type="checkbox"/>	Des locaux anciens
<input type="text"/> Avez-vous bénéficié de subventions de l'ANAH pour la rénovation	
<i>Indiquez vos réponses en nombres.</i>	
<b>25. Les locaux actuels ont-ils besoin d'être rénovés ?</b>	
<input type="checkbox"/>	Oui
<input type="checkbox"/>	Non
<b>26. Êtes-vous ... ?</b>	
<input type="checkbox"/>	Propriétaire
<input type="checkbox"/>	Locataire
<input type="checkbox"/>	Locataire à titre gracieux
<input type="checkbox"/>	Autres (précisez) : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> d'un bailleur public
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> d'un bailleur privé



	Oui/Non	Dont nombre de partenariats formalisés
Avec des structures médico-sociales spécialisées en addictologie		
Avec des structures médico-sociales du secteur "personnes confrontées à des difficultés spécifiques"		
Avec des structures médico-sociales du secteur "personnes âgées" ou "personnes en situation de handicap"		
Avec des structures/services sanitaires publics ou privés		
Avec des dispositifs d'accompagnement à la fin de vie/soins palliatifs		
Avec des CeGIDD		
Avec des dispositifs d'appui à la coordination (DAC)		
Avec des médecins généralistes libéraux		
Avec des infirmiers libéraux		
Avec des kinésithérapeutes libéraux		
Avec des CPAM		
Avec des ambulances ou taxis conventionnés		
Avec des pharmacies		
Avec des laboratoires de biologie médicale		
Avec des centres d'imagerie médicale		
Avec des centres de vaccination		
Avec des établissements/services sociaux ou des gestionnaires de logements adaptés		
Avec l'administration pénitentiaire		
Avec des associations caritatives		
Avec des services/dispositifs culturels ou de loisir		
Avec des bailleurs		
autres (précisez) :		
Commentaires		

**LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS**

48. Parmi les personnes adressées, combien ont été orientées par (structure à l'origine de la demande) :

	Volet médical	Volet social
Etablissement de santé public : CHU/CH		
Le Centre Hospitalier autorisé en psychiatrie		
Autres établissements sanitaires (cliniques privées,...)		
Les médecins libéraux		
Le 115 / le SIAO		
La veille sociale / Les maraudes / Les accueil de jour		
Les équipes mobiles médico-sociales		
Les structures d'hébergement		
Etablissements et services médico-sociaux		
Services sociaux de la commune ou du département		
Services spécialisés addictologie		
Autres services spécialisés (prostitution...)		
Professionnels de 1 <sup>er</sup> recours (médecins, kiné, infirmiers, ...)		
Présentation spontanée		
Autre (précisez)		

*Indiquez vos réponses en nombre.*

49. Si les personnes ont été orientées par un établissement de santé public, précisez combien ont été orientées par les services suivants (services à l'origine de la demande) :

Service de médecine d'urgence	
Service médecine interne ou service de maladies infectieuses	
Service post-chirurgie	
Service hépato gastro entérologie	
Service gynéco-obstétrique/maternité	
Service psychiatrie	
Service maladies métaboliques et endocriniennes	
Service oncologie	
Service pneumologie	
Service orthopédie	
Service dermatologie	
Service maladies digestives	
Service ORL	
Service cardiologie	
Service vasculaire	
Service soins palliatifs	
Service néphrologie	
Service addictologie	
Service rhumatologie	
Service réanimation	
Service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)	
PASS	
Autres	

*La question n'est pertinente que si l'orientation CHU/CHU/hôpital local = "Oui"*

50. Si "Autre", précisez :

51. La personne adressant du public au LAM est-elle obligatoirement un médecin ?

Oui

Non

52. Si non, l'orientation est-elle accompagnée d'un avis médical ?

Oui, systématiquement

Rarement

53. Qui effectue la régulation des lits disponibles ?

Pas d'organisme régulateur / Orientation directe

Veille sociale / 115

Autre organisme régulateur

54. Si "Autre organisme régulateur", précisez :

55. Une évaluation de la situation de la personne est-elle réalisée lors de son entrée dans le dispositif LAM ?

Oui, systématiquement

Oui, mais de manière ponctuelle

Non

Situation psychologique


56. L'évaluation est-elle formalisée ?

Oui, dans un document individuel de prise en charge (DIPEC)

Oui, dans un autre type de document

Non

57. Quels sont les objectifs formalisés dans le document ?

Des objectifs de santé

Des objectifs sociaux

Des objectifs de santé et sociaux

Autres

*Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 ou maximum). La question n'est pertinente que si formalisation de l'évaluation = "Oui, dans un document individuel de prise en charge (DIPEC)" ou formalisation de l'évaluation = "Oui, dans un autre type de document"*

58. Si "Autres", précisez :

58. Quel est le nombre de résidents pour lesquels le ou les objectifs sociaux formalisés dans le document sont :

Ouverture des droits sociaux

Maintien des droits sociaux

Facilitation des démarches administratives

Aide juridique (tutelle, curatelle...)

Aide à l'accès au logement  
 Aide à l'accès à l'hébergement  
 Droit au séjour  
 Alphabétisation  
 Autres, précisez : \_\_\_\_\_

*Indiquez vos réponses en nombres.*

**60. Quel est le nombre de résidents pour lesquels le ou les objectifs médicaux formalisés dans le document sont :**

Traitement état sanitaire aigu  
 Convalescence d'un état sanitaire aigu  
 Repos sans problème sanitaire aigu  
 Inter-cure ou pendant un traitement lourd  
 Exploration d'un problème sanitaire  
 Traumatisme psychosocial  
 Poly pathologie  
 Autre

**61. Quels sont les profils des usagers accueillis ?**

Age (précisez) : \_\_\_\_\_  
 Situation d'hébergement (précisez) : \_\_\_\_\_  
 Pathologie (précisez) : \_\_\_\_\_  
 Situation administrative (précisez) : \_\_\_\_\_

**62. Si "Autres", lesquels ?**

*La question n'est pertinente que si Présence critère = "Oui"*

**63. Quel est le nombre de résidents pour lesquels les activités du volet social suivantes ont été réalisées :**

	Nombre de résidents	OU	Nombre d'actes
Pré-entretien			
Ouverture de droits			
Lien avec les partenaires			
Démarches administratives (carte d'identité, titre de séjour, compte en banque...)			
Entretiens psychosociaux			
Reprise des liens familiaux			
Synthèse			
Dossier OFPPA			
Dossier étranger malade			
Mise sous protection			
Aide à l'orientation en sortie			
Renouvellement de droits			
Participation à des réunions			
Domiciliation			
Demande d'accueil en structure médico sociale (LAM, ACT, post-cure, ...)			
Autre, précisez : _____			

**64. Combien de résidents ont bénéficié d'une aide dans les domaines suivants :**

Aide à la vie quotidienne (entretien, hygiène, gestion des repas...)  
 Accueil avec consommation d'alcool accompagnée  
 Accompagnement physique à des rendez-vous médicaux  
 Accompagnement physique à des rendez-vous sociaux  
 Accompagnement à la reprise d'une vie sociale, culturelle et sportive (sorties, ateliers...)

**65. Quel est le nombre de situations que vous qualifiez de complexes (situations ayant mis en difficulté le service et nécessité des moyens supplémentaires) ? :**

Gravité de la maladie  
 Complexité administrative  
 Éloignement culturel du soin et de la santé (grande précarité, origine culturelle et langue)  
 Comportement  
 Autres, précisez : \_\_\_\_\_

**66. Avez-vous recours à un traducteur/interprète...?**

Très régulièrement  
 Assez régulièrement  
 Occasionnellement  
 Jamais ou presque

**67. Si oui, par quel moyen ?**

Service payant (ex : ISM)  
 Ressources internes  
 Partenaires  
 Autres (précisez) : \_\_\_\_\_

**68. Combien de résidents ont bénéficié de transports sanitaires :**

	Nb de résidents	OU	Nb transports
En taxi conventionné			
En ambulance			
En Véhicule Sanitaire Léger (VSL)			
Accompagnement par le LAM (véhicule, transports en commun...)			
Autre, précisez : _____			

**69. Indiquez le nombre de résidents ayant bénéficié d'actes de :**

Kinésithérapie  
 Santé mentale / psychiatrie  
 Dermatologie / Pédiatrie  
 Addictologie  
 Soins bucco-dentaires  
 Gynécologie  
 Maladies infectieuses  
 Dépistage de cancers  
 Dépistage de la tuberculose  
 Dépistage VIH, Hépatite, IST  
 Addictologie  
 Vaccination

*Indiquez vos réponses en nombres.*

**70. Indiquez le nombre de résidents ayant bénéficié d'actes de :**

Biologie  
 Imagerie  
 Education thérapeutique  
 Education à la santé  
 Coordination soin infirmier  
 Réduction des risques (addictologie, sexualité...)  
 Soins infirmiers techniques (pansements, prélèvements...)  
 Préparation pilulier

*Indiquez vos réponses en nombres.*

**71. D'autres actions ou actes de santé ont-ils été réalisés ?**

Oui  
 Non

**72. Si oui, lesquels ?**

*La question n'est pertinente que si Autres actes santé = "Oui"*

**73. Combien de transferts hospitaliers ont été réalisés en urgence ?**

transferts hospitaliers en urgence	OU	nb personnes transférées

**BUDGET**

**74. Avez-vous une comptabilité analytique qui distingue spécifiquement le dispositif LAM ?**

Oui  
 Non  
 Partiellement

**75. Quelle est la répartition des charges de fonctionnement du dispositif LAM en n-1. (Indiquez vos réponses en Euros) ?**

Montant total des charges de fonctionnement (Masse salariale, loyer et charges, entretien, prestations extérieures...)		€
Charges de personnel médical et para-médical		€
Charges de personnel social		€
Charges de personnel d'hébergement et de restauration		€
Charges de personnel de fonction support (secrétariat, comptabilité...)		€
Total de la masse salariale		€
Frais d'actes d'intervenants libéraux		€
Frais d'examen médicaux		€
Frais de pharmacie		€
Frais de transport		€
Frais de restauration		€
Frais de gaz, d'eau, d'électricité,...		€

*Indiquez vos réponses en Euros.*

**76. Bénéficiez-vous de mises à disposition gratuites (personnel, matériel, véhicule, locaux...)?**

Oui  
 Non

**77. Si oui, estimez le montant de ces mises à disposition :**

OU	jours de présence	OU	heures de présence

*La question n'est pertinente que si Mises à disposition = "Oui"*

**78. Quel est le montant de la dotation de FARS perçue en n-1 pour les LAM ?**

\_\_\_\_\_ €

*Indiquez votre réponse en Euros.*

**79. En dehors de cette dotation, percevez-vous d'autres financements de fonctionnement ?**

Oui  
 Non

**80. Quels sont les montants (en Euros) que vous percevez des financeurs suivants (si vous ne bénéficiez pas de financement, indiquez "0"):**

Le Département	€
La Région	€
La Ville ou l'agglomération	€
L'hôpital	€
Dons	€
Autre financeur	€

*Indiquez vos réponses en Euros.*

**PUBLICS ACCUEILLIS**

**81. Au cours de l'année (du 1er janvier au 31 décembre), quel a été le nombre de :**

Demandes d'admission  
 Personnes accueillies  
 Personnes accueillies pour la première fois  
 Personnes accueillies 2 fois dans l'année  
 Personnes accueillies au moins 3 fois dans l'année  
 Personnes accueillies plus de 3 fois dans l'année  
 Refus de la structure  
 Refus de la personne  
 Sorties

*Indiquez vos réponses en nombres.*

**82. Quelle est la répartition des motifs de refus de la structure (en nombre) :**

<input type="checkbox"/> Absence de place disponible (capacité d'accueil atteinte)	
<input type="checkbox"/> L'état de santé ne nécessite pas un séjour médicalisé	
<input type="checkbox"/> Non adapté à la personne eu égard à son état de santé (erreur d'orientation)	
<input type="checkbox"/> Absence de place PMR disponible	
<input type="checkbox"/> Structure non adaptée au regard de la pathologie	
<input type="checkbox"/> La personne bénéficie d'un logement adéquat	
<input type="checkbox"/> Refus de la personne (géographie, structure non adaptée...)	
<input type="checkbox"/> Autre, précisez :	

*Indiquez vos réponses en nombres.*

**83. Combien de personnes étaient sur liste d'attente au 31/12 ?**

*Indiquez vos réponses en nombres, ou répondre "non" si la structure fonctionne sans liste d'attente.*

**84. Parmi les personnes entrées, quel a été le nombre de personnes ayant pour motif principal d'admission en LAM**

	Femme	Homme	Transgenre ou Intersexe	Total
Diabète non insulinodépendant				0
Diabète insulinodépendant				0
Cancer en phase avancée				0
Cancer en cours de traitement				0
Cancer en remission				0
Troubles respiratoires				0
Artérite, HTA				0
Troubles cardiaques				0
Troubles rénaux				0
Troubles hépatiques				0
Troubles gastro-entérologiques				0
Troubles neurologiques				0
Neuropathie(s) périphérique(s)				0
Addiction				0
Hépatite C				0
Hépatite B				0
Infection à VIH				0
Troubles psychiatriques				0
Troubles de la personnalité				0
Troubles cognitifs				0
Troubles visuels				0
Troubles bucco-dentaires				0
Mauvais état nutritionnel				0
Problèmes urogénitaux				0
Vaccination non à jour				0
Traumatologie				0
Périchirurgie				0
Gynéco-obstétrique				0
Dermatologie				0
Infection				0
Altération de l'état général, dénutrition, épuisement				0
Décompensation aigue de pathologie somatique chronique				0
Décompensation aigue de pathologie psychiatrique				0
Pathologie chronique connue sans décompensation				0
autres (précisez) :				
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**85. Parmi les personnes entrées et présentant des troubles d'addiction, combien présentaient ces caractéristiques d'addiction (Usage à risque liée à la consommation d'un produit):**

Alcool  
 Tabac  
 Médicaments  
 Drogues (héroïne, cocaïne...)  
 Poly usage (au moins 3 : cannabis, cocaïne, alcool, héroïne, médicaments)  
 Addiction non liée à un produit (jeu, internet, téléphone...)  
 En cours de traitement par substitution  
 Autres, précisez :

**86. Parmi les personnes entrées, en dehors du motif d'admission, quel a été le nombre de personnes présentant les problématiques de santé suivantes :**

Diabète non insulinodépendant  
 Diabète insulinodépendant  
 Cancer en phase avancée  
 Cancer en cours de traitement  
 Cancer en remission  
 Troubles respiratoires  
 Artérite, HTA  
 Troubles cardiaques  
 Troubles rénaux  
 Troubles hépatiques  
 Troubles gastro-entérologiques  
 Troubles neurologiques  
 Neuropathie(s) périphérique(s)  
 Addiction  
 Hépatite C  
 Hépatite B  
 Infection à VIH  
 Troubles psychiatriques  
 Troubles de la personnalité  
 Troubles cognitifs  
 Troubles visuels  
 Troubles bucco-dentaires  
 Mauvais état nutritionnel  
 Problèmes urogénitaux  
 Vaccination non à jour  
 Traumatologie  
 Périchirurgie  
 Gynéco-obstétrique  
 Dermatologie  
 Infection  
 Altération de l'état général, dénutrition, épuisement  
 Décompensation aigue de pathologie somatique chronique  
 Décompensation aigue de pathologie psychiatrique  
 Pathologie chronique connue sans décompensation  
 Autres

**87. Si "Autre", précisez :**

**88. Parmi les personnes entrées, combien ont présenté des problématiques de santé découvertes à l'occasion du séjour en LAM ?**

**89. Parmi les personnes entrées, quel a été le nombre de personnes âgées de :**

18-25 ans  
 26-39 ans  
 40-59 ans

60-74 ans  
 Plus de 75 ans

**90. Parmi les personnes entrées, quel a été le nombre de personnes rencontrant les situations d'hébergement suivantes :**

A la rue  
 Hébergé chez un tiers (proche, famille, ami...)  
 Logé dans un habitat indigne, incurie ou inaccessible/logement précaire (caravane, squat...)  
 En structure d'hébergement d'urgence (accueil de jour, de nuit, centre d'hébergement d'urgence...)  
 En structure d'hébergement de réinsertion sociale  
 En structure d'accueil demandeur d'asile (HUDA, CADA...)  
 En structure d'hébergement médico-social personnes âgées  
 En structure d'hébergement médico-social handicap  
 En établissement sanitaire  
 En appartement de coordination thérapeutique (ACT)  
 En lit halte soins santé (LHSS)  
 Dans un autre dispositif LAM  
 En centre d'addiction avec hébergement  
 En centre d'incarcération  
 Dans un service de logement adapté (Maison relais, résidence sociale...)  
 En logement ordinaire autonome  
 "Autre", précisez : \_\_\_\_\_

**91. Parmi les personnes entrées, quel a été le nombre de personnes :**

Avec un tiers  
 Avec animal  
 Avec un enfant

**92. Parmi les personnes entrées, quel a été le nombre de personnes :**

De nationalité française  
 De nationalité de l'UE  
 De nationalité hors UE  
 Non connue

**93. Parmi les personnes entrées, quel a été le nombre de personnes de nationalité de l'UE :**

Avec droits  
 Sans droits

**94. Parmi les personnes entrées, quel a été le nombre de personnes de nationalité hors UE :**

Situation régulière  
 Situation régularisable ou en cours de régularisation  
 Situation irrégulière sans recours possible

**95. Parmi les personnes accueillies, quel a été le nombre de personnes avec les ressources suivantes :**

	Personnes accompagnées pendant l'année (file active) : situation à l'entrée	Personnes sorties dans l'année (file active) : situation à la sortie (y compris personnes décédées)
Solaire		
RSA		
AJAH		
Allocation chômage		
Retraite		
Pension d'invalidité		
ADA		
Minimum vieillesse		
Indemnités journalières		
Sans ressources		
Non déterminées		
Autres motifs		
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**96. Si "Autre", précisez :** \_\_\_\_\_

**97. Parmi les personnes accueillies, combien avaient une protection maladie (en nombre) :**

	Personnes accompagnées pendant l'année (file active) : situation à l'entrée	Personnes sorties dans l'année (file active) : situation à la sortie (y compris personnes décédées)
Protection universelle maladie		
Aide médicale Etat (AME)		
Complémentaire santé solidaire (C2S)		
Mutuelle		
ALD		
Dossier en cours		
Aucune protection maladie		
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**98. Quelle est la répartition des motifs de sorties (en nombre) :**

Avis médical prononçant la fin de la prise en charge  
 Comportement inapproprié, motif disciplinaire  
 Refus des soins  
 Hospitalisation  
 Départ volontaire  
 Décès  
 Exclusion  
 Autres motifs, précisez : \_\_\_\_\_

Indiquez vos réponses en nombres.

**99. Combien de personnes sont sorties... ?**

A la rue  
 Hébergé chez un tiers (proche, famille, ami...)  
 Logé dans un habitat indigne, incurie ou inaccessible/logement précaire (caravane, squat...)  
 En structure d'hébergement d'urgence (accueil de jour, de nuit, centre d'hébergement d'urgence...)  
 En structure d'hébergement de réinsertion sociale  
 En structure d'accueil demandeur d'asile (HUDA, CADA...)  
 En structure d'hébergement médico-social personnes âgées  
 En structure d'hébergement médico-social handicap  
 En établissement sanitaire  
 En appartement de coordination thérapeutique (ACT)  
 En lit halte soins santé (LHSS)  
 Dans un autre dispositif LAM  
 En centre d'addiction avec hébergement  
 En centre d'incarcération  
 Dans un service de logement adapté (Maison relais, résidence sociale...)  
 En logement ordinaire autonome  
 Autres, précisez : \_\_\_\_\_

**100. Combien de séjours ont duré... ?**

Moins de 1 mois  
 Entre 1 et 2 mois  
 Entre 2 et 3 mois  
 Entre 3 et 6 mois  
 Entre 7 et 12 mois  
 Plus de 12 mois

Indiquez vos réponses en nombres.

**101. Classer, en fonction de la fréquence des situations rencontrées, les motifs principaux justifiant selon vous une durée de séjour au-delà des deux mois prévisionnels préconisés par le cahier des charges des LAM ?**

Prolongation liée à la pathologie d'admission  
 Personnes sans papiers  
 Pathologie associée découverte après l'admission  
 Personnes en voie d'insertion ayant un projet en attente  
 Fragilité de l'état général nécessitant un repos prolongé  
 Absence de solutions de sortie (manque ou inexistence de solution adaptée à la situation, saturation des dispositifs existants)  
 Capacité d'autonomie trop faible  
 Autres

Ordonnez vos réponses.

**102. Si "Autres", précisez :** \_\_\_\_\_

La question n'est pertinente que si motif durée longue = "Autres"

**103. Quelle est le nombre de séjour en n-1 (nombre de prise en charge ou de passage) ?** \_\_\_\_\_  
Indiquez votre réponse en nombre.

**104. Quelle est la durée moyenne de séjour en n-1 (en jours ou nuitées) ?** \_\_\_\_\_  
Indiquez votre réponse en nombre.

**105. Avez-vous déjà mis en place une enquête de satisfaction des résidents ?**

Oui  
 Non

**106. Si oui, quelle en est l'analyse ?** \_\_\_\_\_

**DIFFICULTES ET PERSPECTIVES DU LAM**

**107. Quelles difficultés rencontre votre structure pour fonctionner et remplir ses missions ?** \_\_\_\_\_

**108. Quels sont vos projets à court et moyen terme (d'ici à 5 ans) pour le dispositif LAM que vous gérez ?** \_\_\_\_\_

109. En réponse aux exigences de la loi 2002-2, avez-vous mis en place des outils d'évaluation?	
<input type="checkbox"/>	Oui
<input type="checkbox"/>	Non
110. En quelle année a eu lieu votre dernière auto-évaluation ?	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
111. Avez-vous réalisé une évaluation (externe) ?	
<input type="checkbox"/>	Oui
<input type="checkbox"/>	Non
112. Si oui, quand ?	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
113. En bref, quels étaient les résultats de votre dernière auto-évaluation et/ou évaluation (externe) ?	
<input type="text"/>	
114. Avez-vous des remarques ou des propositions sur le fond et sur la forme du rapport d'activité type LAM que vous venez de compléter ?	
<u>Remarques sur la forme</u>	<u>Remarques sur le fond</u>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
115. Commentaires libres	
<input type="text"/>	
Nous vous remercions d'avoir participé à ce questionnaire.	

Rapport d'activité des LHSS	
Déclaration N des données N-1 (ex: déclaration 2024 des données 2023 - du 1er janvier au 31 décembre 2023)	
<b>Message d'accueil</b>	
Le Projet Régional de Santé dans ses volets hospitalier (Schéma Régional de l'Organisation des Soins) et prévention (Schéma Régional de la Prévention) et plus particulièrement le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS) a mis l'accent sur la nécessité de permettre aux personnes les plus démunies et vulnérables d'accéder aux soins de droit commun. Parmi ses objectifs, il s'est fixé l'évaluation des dispositifs de lutte contre l'exclusion, dont font partie les LHSS. Afin de mieux évaluer le fonctionnement et l'activité de chaque LHSS, il est demandé le remplissage du rapport d'activité type par auto-questionnaire ci-après.	
CARACTERISTIQUES DE LA STRUCTURE	
<b>1. Quel est le type de structure objet de la déclaration ? (1 seule réponse possible)</b>	
<input type="checkbox"/>	LHSS
<input type="checkbox"/>	LHSS pédiatrique
<i>Une seule réponse</i>	
<b>2. Une modalité complémentaire de prise en charge est-elle adossée à la structure ?</b>	
<input type="checkbox"/>	Non
<input type="checkbox"/>	LHSS (si la structure objet de la déclaration est un LHSS pédiatrique)
<input type="checkbox"/>	LHSS pédiatrique (si la structure objet de la déclaration est un LHSS)
<input type="checkbox"/>	LHSS de jour
<input type="checkbox"/>	LHSS mobile
<input type="checkbox"/>	LHSS pédiatrique mobile
<b>3. Informations administratives de la structure</b>	
Nom de la structure :	<input type="text"/>
Coordonnées de la structure :	<input type="text"/>
Numéro FINESS de la structure :	<input type="text"/>
<b>4. Informations administratives du répondant</b>	
Nom du répondant :	<input type="text"/>
Fonction du répondant :	<input type="text"/>
Téléphone du répondant :	<input type="text"/>
Mail du répondant :	<input type="text"/>
<b>5. Quel est le département d'implantation de la structure porteuse ?</b>	
<i>Indiquez le numéro de département en 2 caractères. Exemple : pour le département de l'Hérault, indiquez "34"</i>	
<input type="text"/>	
<b>6. Quel est le statut de la structure porteuse ? (1 seule réponse possible)</b>	
<input type="checkbox"/>	Etablissement de santé
<input type="checkbox"/>	Association
<input type="checkbox"/>	CCAS/CIAS
<input type="checkbox"/>	GIP
<input type="checkbox"/>	Autres (précisez) :
<input type="text"/>	
<i>Une seule réponse</i>	
<b>7. Si la structure porteuse est une association, quel est son objet principal ?</b>	
<input type="checkbox"/>	Hébergement / logement adapté
<input type="checkbox"/>	Santé
<input type="checkbox"/>	Autres (précisez) :
<input type="text"/>	
<i>La question n'est pertinente que si Statut structure = "Association"</i>	
<b>8. Pour les associations, quels sont les autres dispositifs, services et établissements hors LHSS gérés par la structure ? (plusieurs réponses possibles)</b>	
<input type="checkbox"/>	Appartements de Coordination thérapeutique (ACT)
<input type="checkbox"/>	LAM
<input type="checkbox"/>	LHSS pédiatriques
<input type="checkbox"/>	CAARUD/CSAPA
<input type="checkbox"/>	LHSS mobiles
<input type="checkbox"/>	LHSS de jour
<input type="checkbox"/>	EMSP
<input type="checkbox"/>	ESSIP
<input type="checkbox"/>	Services et établissements sociaux et médicosociaux (SSIAD, EHPAD, FAM, MAS, ITEP, MECS, service d'aide à domicile)
<input type="checkbox"/>	Etablissements sanitaires et services de santé (services hospitaliers, SSR, centre de santé, accompagnement, éducation et promotion de la santé...)
<input type="checkbox"/>	Veille sociale (SAO, 115, maraude, accueil de jour...)
<input type="checkbox"/>	Structures d'hébergement (CHU, CHRS, CADA...)
<input type="checkbox"/>	Logement adapté (résidence sociale, pensions de famille, résidence accueil, appartement relais...)
<input type="checkbox"/>	Services d'accompagnement social (services d'accompagnement et de soutien, AVDL, ASLL)
<input type="checkbox"/>	Services d'insertion professionnelle
<input type="checkbox"/>	Aucun autre
<input type="checkbox"/>	Autres (précisez) :
<input type="text"/>	
<i>Vous pouvez cocher plusieurs cases - La question n'est pertinente que si Statut structure = "Association"</i>	
<b>9. Date d'entrée en vigueur du projet d'établissement (jj/mm/aaaa) ?</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>10. Date d'échéance du projet d'établissement (jj/mm/aaaa) ?</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>11. Si la structure a évolué au regard du rapport d'activité de l'année n-1, précisez :</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Caractéristiques générales LHSS	
<b>12. Quel est le département d'implantation des LHSS ?</b>	
<i>Indiquez le numéro de département en 2 caractères. Exemple : pour le département de l'Hérault, indiquez "34"</i>	
<input type="text"/>	
<b>13. Quelle est la taille de la commune d'implantation des LHSS ?</b>	
<input type="checkbox"/>	Moins de 5000 habitants
<input type="checkbox"/>	Entre 5 000 et 9 999 habitants
<input type="checkbox"/>	Entre 10 000 et 99 999 habitants
<input type="checkbox"/>	100 000 habitants et plus
<i>Vous pouvez cocher plusieurs cases (2 au maximum)</i>	
<b>14. Les LHSS sont-ils accessibles :</b>	
<input type="checkbox"/>	En bus
<input type="checkbox"/>	En tramway
<input type="checkbox"/>	En train
<input type="checkbox"/>	En métro
<input type="checkbox"/>	Autre (précisez) :
<input type="text"/>	
<i>Vous pouvez cocher plusieurs cases</i>	
<b>15. Quelle est l'année d'autorisation des LHSS ?</b>	
<i>Indiquez l'année de la première autorisation</i>	
<input type="text"/>	
<b>16. Quelle est l'année d'ouverture effective des LHSS ?</b>	
<i>Indiquez l'année d'ouverture des premiers lits</i>	
<input type="text"/>	
<b>17. Au 31/12/n-1, quel est le nombre de lits LHSS autorisés pour la structure tous sites confondus ?</b>	
<i>La réponse doit être comprise entre 1 et 999</i>	
<input type="text"/>	
<b>18. Au 31/12/n-1, quel est le nombre de lits LHSS installés dans la structure tous sites confondus ?</b>	
<i>La réponse doit être comprise entre 1 et 999</i>	
<input type="text"/>	
<b>19. Sur combien de sites les lits LHSS sont-ils implantés... ?</b>	
<i>Nombre 0 à 2 caractères</i>	
<input type="text"/>	
<b>20. Le bâtiment où sont implantés les LHSS accueille-t-il d'autres activités gérées par la structure porteuse ?</b>	
<input type="checkbox"/>	Oui
<input type="checkbox"/>	Non
<b>21. Si oui, lesquelles ?</b>	
<input type="checkbox"/>	Appartements de Coordination thérapeutique (ACT)
<input type="checkbox"/>	LAM
<input type="checkbox"/>	CAARUD/CSAPA
<input type="checkbox"/>	EMSP/LHSS mobiles/LHSS de jour/ESSIP
<input type="checkbox"/>	Services et établissements sociaux et médicosociaux (SSIAD, EHPAD, FAM, MAS, ITEP, MECS, service d'aide à domicile)
<input type="checkbox"/>	Etablissements sanitaires et services de santé (services hospitaliers, SSR, centre de santé, accompagnement, éducation et promotion de la santé...)
<input type="checkbox"/>	Veille sociale (SAO, 115, maraude, accueil de jour...)
<input type="checkbox"/>	Structures d'hébergement (CHU, CHRS, CADA...)
<input type="checkbox"/>	Logement adapté (résidence sociale, pensions de famille, résidence accueil, appartement relais...)
<input type="checkbox"/>	Services d'accompagnement social (services d'accompagnement et de soutien, AVDL, ASLL)
<input type="checkbox"/>	Services d'insertion professionnelle
<input type="checkbox"/>	Aucun autre
<input type="checkbox"/>	Autres (précisez) :
<input type="text"/>	
<i>Vous pouvez cocher plusieurs cases - La question n'est pertinente que si autres activités localisées = "Oui"</i>	
<b>22. Avez-vous procédé à une mutualisation avec les autres services gérés par la structure pour le fonctionnement des LHSS sur les points suivants :</b>	
<input type="checkbox"/>	Personnel (accompagnement social)
<input type="checkbox"/>	Locaux
<input type="checkbox"/>	Matériel
<input type="checkbox"/>	Animation
<input type="checkbox"/>	Logistique
<input type="checkbox"/>	Fonction support
<input type="checkbox"/>	Autre (précisez) :
<input type="text"/>	
<b>23. Combien de lits sont installés dans... ?</b>	
<input type="checkbox"/>	Une chambre individuelle



La question n'est pertinente que si Bénévoles = "Oui"

40. Combien de stagiaires avez-vous accueillis au sein du service LHSS au cours de l'année n-1, pour une durée égale ou supérieure à 3 mois ?

Santé  
 Social  
 Animation  
 Autre

La réponse doit être comprise entre 0 et 99.

41. Avez-vous mis en place ... ?

Une veille de nuit  
 Une veille le week-end  
 Les deux (nuit et week-end)  
 Aucune de ces modalités

42. Cette veille est-elle assurée par ... ?

du personnel administratif / logistique  
 du personnel social  
 du personnel para-médical

Vous pouvez cocher plusieurs cases - La question n'est pertinente que si Veille = "Une veille de nuit" ou Veille = "Une veille le week-end" ou Veille = "Les deux (nuit et week-end)"

43. Avez-vous mis en place ... ?

Une astreinte administrative  
 Une astreinte médicale  
 Les deux (astreinte administrative et médicale)  
 Aucune de ces modalités

44. Combien d'ETP parmi les personnels des LHSS ont bénéficié de formation continue ?

Indiquez vos réponses en nombre.

45. Si oui, de quelles formations continues ont-ils bénéficié ?

46. Les personnels des LHSS sont-ils intervenus dans des formations ?

Oui  
 Non

47. Si oui, lesquelles ?

48. Si les moyens humains des LHSS ont évolué au regard du rapport d'activité de l'année n-1, précisez brièvement pourquoi :

**LES PARTENARIATS**

49. Parmi les acteurs suivants, indiquez ceux avec qui vous travaillez en partenariat régulier ou occasionnel ?

	Oui/Non	Dont nombre de partenariats formalisés	Précisez le nom des établissements/services/dispositifs avec lesquels une convention de partenariat est signée ainsi que l'objet de la convention
Avec des structures médico-sociales spécialisées en addictologie			
Avec des structures médico-sociales du secteur "personnes confrontées à des difficultés spécifiques"			
Avec des structures médico-sociales du secteur "personnes âgées" ou "personnes en situation de handicap"			
Avec des structures/services sanitaires publics ou privés			
Avec des dispositifs d'accompagnement à la fin de vie/soins palliatifs			
Avec des CeGIDD			
Avec des dispositifs d'appui à la coordination (DAC)			
Avec des médecins généralistes libéraux			
Avec des infirmiers libéraux			
Avec des kinésithérapeutes libéraux			
Avec des CPAM			
Avec des ambulances ou taxis conventionnés			
Avec des pharmacies			
Avec des laboratoires de biologie médicale			
Avec des centres d'imagerie médicale			
Avec des centres de vaccination			
Avec des établissements/services sociaux ou des gestionnaires de logements adaptés			
Avec l'administration pénitentiaire			
Avec des associations caritatives			
Avec des services/dispositifs culturels ou de loisir			
Avec des bailleurs			

autres (précisez) :

	Oui/Non	Dont nombre de partenariats formalisés	Précisez le nom des établissements/services/dispositifs avec lesquels une convention de partenariat est signée ainsi que l'objet de la convention

Commentaires

**LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS**

50. Parmi les personnes adressées, combien ont été orientées par (structure à l'origine de la demande) :

Etablissement de santé public : CHU/CH Le Centre Hospitalier autorisé en psychiatrie Autres établissements sanitaires (cliniques privées,...) Les médecins libéraux Le 115 / le SIAO La veille sociale / Les maraudes / Les accueils de jour les équipes mobiles médico-sociales Les structures d'hébergement Etablissements et services médico-sociaux Services sociaux de la commune ou du département Services spécialisés addictologie Autres services spécialisés (prostitution, incarcération,...) Professionnels de 1 <sup>er</sup> recours (médecins, kiné, infirmiers, ...) Présentation spontanée Autre (précisez)	Volet médical	Volet social	

Indiquez vos réponses en nombre.

51. Si les personnes ont été orientées par un établissement de santé public, précisez combien ont été orientées par les services suivants (services à l'origine de la demande) :

Service de médecine d'urgence  
 Service médecine interne ou service de maladies infectieuses  
 Service post-chirurgie  
 Service hépato gastro entérologie  
 Service gynéco-obstétrique/maternité  
 Service psychiatrique  
 Service maladies métaboliques et endocriniennes  
 Service oncologie  
 Service pneumologie  
 Service orthopédie  
 Service dermatologie



Autre, préciser

71. Indiquez le nombre de résidents ayant bénéficié d'actes de :

- Kinésithérapie
- Santé mentale / psychiatrie
- Dermatologie / Pédiatrie
- Addictologie
- Soins bucco-dentaires
- Gynécologie
- Maladies infectieuses
- Dépistage de cancers
- Dépistage de la tuberculose
- Dépistage VIH, Hépatite, IST
- Addictologie
- Vaccination

Indiquez vos réponses en nombres.

72. Indiquez le nombre de résidents ayant bénéficié d'actes de :

- Biologie
- Imagerie
- Éducation thérapeutique
- Éducation à la santé
- Coordination soin infirmier
- Réduction des risques (addictologie, sexualité...)
- Soins infirmiers techniques (pansements, prélèvements...)
- Préparation pilulier

Indiquez vos réponses en nombres.

73. D'autres actions ou actes de santé ont-ils été réalisés ?

Oui  
 Non

74. Si oui, lesquels ?

La question n'est pertinente que si d'autres actes sont = "Oui"

75. Combien de transferts hospitaliers ont été réalisés en urgence ?

transferts hospitaliers en urgence  OU  nb personnes transférées

**BUDGET**

76. Avez-vous une comptabilité analytique qui distingue spécifiquement le dispositif LHSS ?

Oui  
 Non  
 Partiellement

77. Quelle est la répartition des charges de fonctionnement du dispositif LHSS en n-1. (Indiquez vos réponses en Euros) ?

Montant total des charges de fonctionnement (Masse salariale, loyer et charges, entretien, prestations extérieures...)

Charges de personnel médical et para-médical  €

Charges de personnel social  €

Charges de personnel d'hébergement et de restauration  €

Charges de personnel de fonction support (secrétariat, comptabilité...)  €

Total de la masse salariale  €

Frais d'actes d'intervenants libéraux  €

Frais d'exams médicaux  €

Frais de pharmacie  €

Frais de transport  €

Frais de restauration  €

Frais de gaz, d'eau, d'électricité, ...  €

Indiquez vos réponses en Euros.

78. Bénéficiez-vous de mises à disposition gratuites (personnel, matériel, véhicule, locaux ...) ?

Oui  
 Non

79. Si oui, estimez le montant de ces mises à disposition :

€ OU  jours de présence OU  heures de présence

La question n'est pertinente que si Mises à disposition: "Oui"

80. Quel est le montant de la dotation de l'ARS perçue en n-1 pour les LHSS ?

€

Indiquez votre réponse en Euros.

81. En dehors de cette dotation, percevez-vous d'autres financements de fonctionnement ?

Oui  
 Non

82. Quels sont les montants (en Euros) que vous percevez des financeurs suivants (si vous ne bénéficiez pas de financement, indiquez "0") :

Le Département  €

La Région  €

La Ville ou l'agglomération  €

L'hôpital  €

Dons  €

Autre financeur  €

Indiquez vos réponses en Euros.

**PUBLICS ACCUEILLIS**

83. Au cours de l'année (du 1er janvier au 31 décembre), quel a été le nombre de :

- Demandes d'admission
- Personnes accueillies
- Personnes accueillies pour la première fois
- Personnes accueillies 2 fois dans l'année
- Personnes accueillies au moins 3 fois dans l'année
- Personnes accueillies plus de 3 fois dans l'année
- Refus de la structure
- Refus de la personne
- Sorties

Indiquez vos réponses en nombres.

84. Quelle est la répartition des motifs de refus de la structure (en nombre) :

- Absence de place disponible (capacité d'accueil atteinte)
- L'état de santé ne nécessite pas un séjour médicalisé
- La situation médicale est trop lourde pour une prise en charge en LHSS
- Absence de place PMR disponible
- Structure non adaptée au regard de la pathologie
- La personne bénéficie d'un logement adéquat
- la personne a déjà été orientée
- la personne est sortie d'hospitalisation
- Refus de la personne (géographie, structure non adaptée...)
- Autre, précisez :

Indiquez vos réponses en nombres.

85. Combien de personnes étaient sur liste d'attente au 31/12 ?

Indiquez vos réponses en nombres, ou répondre "non" si la structure fonctionne sans liste d'attente.

86. Parmi les personnes entrées, quel a été le nombre de personnes ayant pour motif principal d'admission en LHSS :

	Femme	Homme	Transgenre ou Intersexe	Total
Diabète non insulino-dépendant				0
Diabète insulino-dépendant				0
Cancer en phase avancée				0
Cancer en cours de traitement				0
Cancer en rémission				0
Troubles respiratoires				0
Artérite, HTA				0
Troubles cardiaques				0
Troubles rénaux				0
Troubles hépatiques				0
Troubles gastro-entérologiques				0
Troubles neurologiques				0
Neuropathie(s) périphérique(s)				0
Addiction				0
Hépatite C				0
Hépatite B				0
Infection à VIH				0

Troubles psychiatriques				0
Troubles de la personnalité				0
Troubles cognitifs				0
Troubles visuels				0
Troubles bucco-dentaires				0
Mauvais état nutritionnel				0
Problèmes urogénitaux				0
Vaccination non à jour				0
Traumatologie				0
Périchirurgie				0
Gynéco-obstétrique				0
Dermatologie				0
Infection				0
Altération de l'état général, dénutrition, épuisement				0
Décompensation aiguë de pathologie somatique chronique				0
Décompensation aiguë de pathologie psychiatrique				0
Pathologie chronique connue sans décompensation				0
autres (précisez) :				
				0
				0
				0
				0
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

87. Parmi les personnes entrées et présentant des troubles d'addiction, combien présentaient ces caractéristiques d'addiction (Usage à risque liée à la consommation d'un produit) :

Alcool

Tabac

Médicaments

Drogues (héroïnes, cocaïnes...)

Poly-usage (au moins 3 : cannabis, cocaïne, alcool, héroïne, méd.)

Addiction non liée à un produit (jeux, internet, téléphone...)

En cours de traitement par substitution

Autres, précisez : \_\_\_\_\_

88. Parmi les personnes entrées, en dehors du motif d'admission, quel a été le nombre de personnes présentant les problématiques de santé suivantes :

Diabète non insulino dépendant

Diabète insulino dépendant

Cancer en phase avancée

Cancer en cours de traitement

Cancer en remission

Troubles respiratoires

Artérite, HTA

Troubles cardiaques

Troubles rénaux

Troubles hépatiques

Troubles gastro-entérologiques

Troubles neurologiques

Neuropathie(s) périphérique(s)

Addiction

Hépatite C

Hépatite B

Infection à VIH

Troubles psychiatriques

Troubles de la personnalité

Troubles cognitifs

Troubles visuels

Troubles bucco-dentaires

Mauvais état nutritionnel

Problèmes urogénitaux

Vaccination non à jour

Traumatologie

Périchirurgie

Gynéco-obstétrique

Dermatologie

Infection

Altération de l'état général, dénutrition, épuisement

Décompensation aiguë de pathologie somatique chronique

Décompensation aiguë de pathologie psychiatrique

Pathologie chronique connue sans décompensation

Autres

89. Si "Autre", précisez : \_\_\_\_\_

90. Parmi les personnes entrées, combien ont présenté des problématiques de santé découvertes à l'occasion du séjour en LHSS ?

91. Parmi les personnes entrées, quel a été le nombre de personnes âgées de :

Mineur

18-25 ans

26-39 ans

40-59 ans

60-74 ans

Plus de 75 ans

92. Parmi les personnes entrées, quel a été le nombre de personnes rencontrant les situations d'hébergement suivantes :

A la rue

Hébergée chez un tiers (proche, famille, ami...)

Logée dans un habitat indigne, incurie ou inaccessible/logement précaire (caravane, squat...)

En structure d'hébergement d'urgence (accueil de jour, de nuit, centre d'hébergement d'urgence...)

En structure d'hébergement de réinsertion sociale

En structure d'accueil demandeur d'asile (HUDA, CADA...)

En structure d'hébergement médico-social personnes âgées

En structure d'hébergement médico-social handicap

En établissement sanitaire

En appartement de coordination thérapeutique (ACT)

En lit d'accueil médicalisé (LAM)

Dans un autre dispositif LHSS

En centre d'addiction avec hébergement

En centre d'incarcération

Dans un service de logement adapté (Maison relais, résidence sociale...)

En logement ordinaire autonome

"Autre", précisez : \_\_\_\_\_

93. Parmi les personnes entrées, quel a été le nombre de personnes :

Avec un tiers

Avec animal

Avec un enfant

94. Parmi les personnes entrées, quel a été le nombre de personnes :

De nationalité française

De nationalité de l'UE

De nationalité hors UE

Non connue

95. Parmi les personnes entrées, quel a été le nombre de personnes de nationalité de l'UE :"

Avec droits

Sans droits

96. Parmi les personnes entrées, quel a été le nombre de personnes de nationalité hors UE :"

Situation régulière

Situation régularisable/en cours de régularisation

Situation irrégulière sans recours possible

97. Parmi les personnes accueillies, quel a été le nombre de personnes avec les ressources suivantes :"

	Personnes accompagnées pendant l'année (file active) : situation à l'entrée	Personnes sorties dans l'année (file active) : situation à la sortie (y compris personnes décédées)
Salaires		
RSA		
AAH		
Allocation chômage		

Retraite			
Pension d'invalidité			
ADA			
Minimum vieillesse			
Indemnités journalières			
Sans ressources			
Non déterminées			
Autres motifs			
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
<b>98. Si "Autre", précisez :</b>			
<b>99. Parmi les personnes accueillies, combien avaient une protection maladie (en nombre) :</b>			
	Personnes accompagnées pendant l'année (file active) : situation à l'entrée	Personnes sorties dans l'année (file active) : situation à la sortie (y compris personnes décédées)	
Protection universelle maladie			
Aide médicale Etat (AME)			
Complémentaire santé solidaire (C2S)			
Mutuelle			
ALD			
Dossier en cours			
Aucune protection maladie			
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
<b>100. Quelle est la répartition des motifs de sorties (en nombre) :</b>			
<input type="checkbox"/>	Avis médical prononçant la fin de la prise en charge		
<input type="checkbox"/>	Comportement inapproprié, motif disciplinaire		
<input type="checkbox"/>	Refus des soins		
<input type="checkbox"/>	Hospitalisation		
<input type="checkbox"/>	Orientation vers un autre dispositif		
<input type="checkbox"/>	Départ volontaire		
<input type="checkbox"/>	Décès		
<input type="checkbox"/>	Exclusion		
<input type="checkbox"/>	Autres motifs, précisez :		
<i>Indiquez vos réponses en nombres.</i>			
<b>101. Combien de personnes sont sorties... "</b>			
<input type="checkbox"/>	A la rue		
<input type="checkbox"/>	Hébergé chez un tiers (proche, famille, ami...)		
<input type="checkbox"/>	Logée dans un habitat indigne, incurie ou inaccessible/logement précaire (caravane, squat...)		
<input type="checkbox"/>	En structure d'hébergement d'urgence (accueil de jour, de nuit, centre d'hébergement d'urgence...)		
<input type="checkbox"/>	En structure d'hébergement de réinsertion sociale		
<input type="checkbox"/>	En structure d'accueil demandeur d'asile (HUDA, CADA...)		
<input type="checkbox"/>	En structure d'hébergement médico-social personnes âgées		
<input type="checkbox"/>	En structure d'hébergement médico-social handicap		
<input type="checkbox"/>	En établissement sanitaire		
<input type="checkbox"/>	En appartement de coordination thérapeutique (ACT)		
<input type="checkbox"/>	En lit d'accueil médicalisé (LAM)		
<input type="checkbox"/>	Dans un autre dispositif LHSS		
<input type="checkbox"/>	En centre d'addiction avec hébergement		
<input type="checkbox"/>	En centre d'incarcération		
<input type="checkbox"/>	Dans un service de logement adapté (Maison relais, résidence sociale...)		
<input type="checkbox"/>	En logement ordinaire autonome		
<input type="checkbox"/>	Retour au pays d'origine		
<input type="checkbox"/>	Autres, précisez :		
<i>Indiquez vos réponses en nombres.</i>			
<b>102. Combien de séjours ont duré...?</b>			
<input type="checkbox"/>	Moins de 1 mois		
<input type="checkbox"/>	Entre 1 et 2 mois		
<input type="checkbox"/>	Entre 2 et 3 mois		
<input type="checkbox"/>	Entre 3 et 6 mois		
<input type="checkbox"/>	Entre 7 et 12 mois		
<input type="checkbox"/>	Plus de 12 mois		
<i>Indiquez vos réponses en nombres.</i>			
<b>103. Classez, en fonction de la fréquence des situations rencontrées, les motifs principaux justifiant selon vous une durée de séjour au-delà des deux mois prévisionnels préconisés par le cahier des charges des LHSS ?</b>			
<input type="checkbox"/>	Prolongation liée à la pathologie d'admission		
<input type="checkbox"/>	Personnes sans papiers		
<input type="checkbox"/>	Pathologie associée découverte après l'admission		
<input type="checkbox"/>	Personnes en voie d'insertion ayant un projet en attente		
<input type="checkbox"/>	Fragilité de l'état général nécessitant un repos prolongé		
<input type="checkbox"/>	Absence de solutions de sortie (manque ou inexistence de solution adaptée à la situation, saturation des dispositifs existants)		
<input type="checkbox"/>	Capacité d'autonomie trop faible		
<input type="checkbox"/>	Autres		
<i>Ordonnez vos réponses.</i>			
<b>104. Si "Autres", précisez :</b>			
<i>La question n'est pertinente que si motifs durée longue = "Autres"</i>			
<b>105. Quelle est le nombre de séjour en n-1 (nombre de prise en charge ou de passage) ?</b>		<input type="text"/>	
<i>Indiquez votre réponse en nombre.</i>			
<b>106. Quelle est la durée moyenne de séjour en n-1 (en jours ou nuitées) ?</b>		<input type="text"/>	
<i>Indiquez votre réponse en nombre.</i>			
<b>107. Avez-vous déjà mis en place une enquête de satisfaction des résidents ?</b>			
<input type="checkbox"/>	Oui		
<input type="checkbox"/>	Non		
<b>108. Si oui, quelle en est l'analyse ?</b>			
<b>DIFFICULTES ET PERSPECTIVES DU LHSS</b>			
<b>109. Quelles difficultés rencontre votre structure pour fonctionner et remplir ses missions ?</b>			
<b>110. Quels sont vos projets à court et moyen terme (d'ici à 5 ans) pour le dispositif LHSS que vous gérez ?</b>			
<b>111. En réponse aux exigences de la loi 2002-2, avez-vous mis en place des outils d'auto-évaluation ?</b>			
<input type="checkbox"/>	Oui		
<input type="checkbox"/>	Non		
<b>112. En quelle année a eu lieu votre dernière auto-évaluation ?</b>			
<b>113. Avez-vous réalisé une évaluation (externe) ?</b>			
<input type="checkbox"/>	Oui		
<input type="checkbox"/>	Non		
<b>114. Si oui, quand ?</b>			
<b>115. En bref, quels étaient les résultats de votre dernière auto-évaluation et/ou évaluation (externe) ?</b>			
<b>116. Avez-vous des remarques ou des propositions sur le fond et sur la forme du rapport d'activité type LHSS que vous venez de compléter ?</b>			
<b>Remarques sur la forme</b>		<b>Remarques sur le fond</b>	
<b>117. Commentaires libres</b>			
<b>Nous vous remercions d'avoir participé à ce questionnaire.</b>			

## Annexe 12 : Rapport d'activité 2023 des équipes mobiles SEGUR 27 - EMSP, LHSS mobile/de jour

## Rapport d'Activité Standardisé des équipes mobiles SEGUR 27

## EMSP, LHSS mobile/de jour

régions	
département	
année	2023

Certaines cases possèdent un point rouge, si vous cliquez dessus, un commentaire apparaîtra

Type de dossier

## I. L'Organisme gestionnaire

## 1- Identification de la structure

Nom de l'organisme gestionnaire	
Nom de l'équipe (EMSP/LHSSmobile/LHSS de jour) disposant de l'autorisation	
Nom de la structure de rattachement (pour ACT HLM et LHSS mobile/de jour)	
Nom et prénom du Responsable	

Adresse :	
Code postal :	
Commune :	

Téléphone :	
Adresse électronique :	
Site Internet :	

## 2- Critères d'admission dans le dispositif définis par votre structure

## II. MOYENS FINANCIERS DU DISPOSTIF

A partir du compte administratif :

## Recettes :

GI : Produits de la tarification	
GII : Autres produits relatifs à l'exploitation	
GIII : Produits financiers et produits non encaissables	

Montant total de la participation des résidents réellement enregistré comme produit :	
Montant mensuel de la participation demandée aux résidents (que le résident s'en acquitte ou non)	

## Charges :

GI : Dépenses liées à l'exploitation courante	
GII : Dépenses liées au personnel	
GIII : Dépenses liées à la structure	

Montant total annuel de l'aide financière attribuée aux personnes accompagnées (argent, ticket restaurant, frais liés à la scolarité ...)	
Montant total annuel de l'aide en nature attribuée aux personnes accompagnées (ticket de bus, ...)	

## Commentaires

## III. L'EQUIPE

Convention collective

En nombre d'Equivalent Temps Plein Travaillé-ETPT

ETPT : un temps plein correspond à 35 heures par semaine (exemple : un mi-temps est compté 0,5 ETPT)

	Salariés de la structure (en ETPT)	Mis à disposition par d'autres structures (en ETPT)	Total
Infirmier			0
Médecin			0
Psychologue			0
Autre personnel paramédical (kiné, diététicien, art thérapeute ...)			0
Aide soignant, aide médico-psychologique, Auxiliaire de soin			0
Educateur spécialisé/ Educateur de jeunes enfants/Autre personnel éducatif ou socio-éducatif			0
Animateur / Moniteur			0
Professeur d'activités sportives adaptées			0
Assistant de service social			0
Technicien(ne) de l'intervention sociale et familiale			0
Conseiller emploi / insertion			0
Conseiller en économie sociale et familiale			0
Chargé de mission logement			0
Maitresse de maison, aide à domicile, auxiliaire de vie, ...			0
Directeur / Chef de service			0
Assistant de direction, secrétariat et personnel administratif			0
Personnel logistique (entretien, maintenance...)			0

autres précisez :

			0
			0
			0

**Total****0****0****0**

Stagiaires			0
Service civique			0

en nombre de personnes

Effectifs réels dans la structure	
Nombre de départs dans l'année	
Nombre de recrutements dans l'année	

Distance kilométrique parcourue par l'équipe	
--	--

Temps partagés	Nombre d'heures
Commission d'admission	

Réunion dur des dsosiers individuels	
Réunions d'équipes diverses (partage de pratiques..)	
Temps de formation des équipes	

Périmètre d'intervention	Codes postaux

Liste des conventions (dont conventions obligatoires)	

## IV. NOMBRE DE PLACES /EQUIPES

au 31/12 de l'année de référence du rapport d'activité

Nombre total de places/équipes autorisées au 31/12	
dont nombre total de places/équipes installées au 31/12	
dont nouvelles places/équipes autorisées au cours de l'année	

Données à extraire du SI en IDF (sauf commentaires)

## V. PROFIL DE LA FILE ACTIVE

La file active : les personnes occupant une place du dispositif dans l'année (personnes présentes au 31/12 + personnes sorties dans l'année)

## 1- Age et genre des personnes accompagnées

Nombre de personnes accompagnées :

	Femme	Homme	Transgenre/Non-binaire/Autre
0-1 ans			
2-6 ans			
7-17 ans			
18-45 ans			
46- 59 ans			
60 ans et plus			
Total	0	0	0

	Femme	Homme	Transgenre/Non-binaire/Autre	
Nombre de personnes accompagnées dans l'année (File active)				0
<b>dont</b> nouvelles personnes accompagnées dans l'année				0
<b>dont</b> nombre de sortants dans l'année				0
<b>dont</b> nombre de personnes allophones				0

	Adulte	Mineurs	Total
Nombre de personnes rencontrées			

## 2- Langues parlées

## 3 principales langues parlées


## 3- Lieu de vie de la personne

## Type d'hébergement de la file active :

Nombre de personnes accompagnées en secteur AHI	
Nombre de personnes accompagnées en secteur DNA	
Nombre de personnes avec un hébergement précaire (lieu de squat, bidonville, tente, caravane, camping, chez des proches...)	
Nombre de personnes sans logement ni hébergement - accompagnement directement à la rue (maraudes)	
Nombre de personnes type hébergement autres	
Total	0

## Commentaires

--

## 4- Origine géographique des personnes

Afrique du Nord	
Afrique de l'Ouest	
Afrique de l'est	
Afrique Australe	
Proche Orient	
Moyen Orient	
Extrême Orient	
Océanie	
Europe de l'Ouest	
Europe centrale	
Europe de l'Est	
Autres	

## 5 - Situation familiale (facultatif)

## Nombre de personnes accompagnées :

Célibataires	
En union libre	
Pacsées	
Mariées	
Divorcées	
Veufs ou veuves	
Ne sait pas, non renseigné	
total	0

## 6- Personnes sous main de justice ou sortant de prison (liée feuille de route santé des PPSMJ)

Nombre de personnes accompagnées sous main de justice ou sortant de prison	
--	--

## Dont (situation à l'admission) :

Aménagement de peine	
Suspension de peine pour raison médicale	
Sortie de prison (libération)	
Ne sait pas, non renseigné	
total	0

## Commentaires

--

## 7- Pratiques addictives relevant de problématiques pathologiques

Les réponses peuvent être cumulatives. Une personne ayant une dépendance à l'alcool et sous traitement de substitution comptera pour 1 dans chaque case prévue

Nombre de personnes accompagnées avec un :

	Usage à risque ou nocif d' alcool	
	Usage à risque ou nocif de substances psychoactives - (hors alcool et hors tabac)	
	Traitement de substitution aux opiacés	

## Commentaires

--

## 8- Profil des personnes accompagnées en fonction de leur(s) pathologie(s)

Pour EMSP/LHSS mobile/de jour: pathologie principale rencontrée

Nombre de personnes ayant la pathologie suivante

	Total
VIH	
Hépatite B	
Hépatite C	
Cancers	
Diabète	
Insuffisance rénale	
Maladies cardio-vasculaires, hypertension	
Trouble neurocognitif (séquelles d'AVC,...)	
Maladie neurologique dégénérative (SEP, Parkinson..)	
Autre pathologie neurologique (dont épilepsie)	
Pathologie pulmonaire	
Maladie psychiatrique, dépression, troubles du comportement, anxieux, de l'alimentation ...	
Addictions (hors alcool et tabac) y compris traitement de substitution aux opiacés	
Alcoolisme	
Drépanocytose	
Tuberculose	
Cirrhose, insuffisance hépatique	
Maladies génétiques, maladies rares, maladie orphelines...	
Maladies digestives, du tube digestif, gastro-intestinales	
Maladies autoimmunes	
Problème dermatologique (parasitose, dermatite)	
Problème ophtalmologique	
Problème ostéoarticulaire	

Lésions traumatiques (dont accident vie courante, tentative de suicide, agression, ...)	
Grossesse, accouchement et périnatalité (prénatal)	
Grossesse, accouchement et périnatalité (postnatal)	
Maladie endocrinienne, nutritionnelle et métabolique (sauf diabète)	
Autres, précisez	
Ne sait pas, non renseigné	
<b>Total</b>	<b>0</b>

**Comorbidités chroniques associées**

Nombre de personnes accompagnées avec au moins une comorbidité chronique (hors addiction, alcoolisme et handicap)	
---	--

9- Situation administrative - droit au séjour

	Personnes accompagnées pendant l'année (file active) : situation à l'entrée	Personnes sorties dans l'année (file active) : situation à la sortie (personnes décédées comprises)
Personne de nationalité française		
Personne étrangère ayant la nationalité d'un pays de la communauté européenne		
Mineurs non-accompagnés (MNA)		
Personne avec titre de séjour (asile ou tout titre de séjour)		
Personnes sans titre de séjour		
Personnes ayant déposé une demande asile ou titre de séjour		
Ne sait pas/ non renseigné		
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Comment sont accompagnées les personnes nécessitant des démarches, vis-à-vis du droit au séjour ?

10- Protection maladie

<b>Protection maladie de base :</b>	Personnes accompagnées pendant l'année (file active) : situation à l'entrée	Personnes sorties dans l'année (file active) : situation à la sortie
Nombre de personnes bénéficiant de la protection universelle maladie (PUMA) sans ALD		
Nombre de personnes bénéficiant de la protection universelle maladie (PUMA) ayant une ALD		

Nombre de personnes bénéficiant de l'aide médicale Etat (AME)		
Nombre de personnes bénéficiant de l'allocation adulte handicapé (AAH)		
Nombre de personnes sans protection maladie de base		
Ne sait pas/ non renseigné		
Total	0	0

**Protection complémentaire :**

	Personnes accompagnées pendant l'année (file active) : situation à l'entrée	Personnes sorties dans l'année (file active) : situation à la sortie
Complémentaire santé solidaire (ex-CMU-C)		
Autres		
Sans protection complémentaire		
Ne sait pas/ non renseigné		
Total	0	0

## 11 - principales ressources

	Personnes accompagnées pendant l'année (file active) : situation à l'entrée	Personnes sorties dans l'année (file active) : situation à la sortie
Nombre de personnes ayant des ressources non publiques (travail, aide de proche...)		
Nombre de personnes ayant des aides/allocations publiques		
Sans revenu		
Ne sait pas/ non renseigné		
Total	0	0

## 12 - Situation professionnelle (facultatif)

indiquez une seule situation par personne

	Personnes accompagnées pendant l'année (file active) : situation à l'entrée	Personnes sorties dans l'année (file active) : situation à la sortie
En emploi à temps partiel		
En emploi à temps plein		
En formation		
Sans activité professionnelle		
autres, précisez :		
Ne sait pas/ non renseigné		
Total	0	0

## VI. ACTIVITES REALISEES

## 1- Modalités de l'accompagnement médico-social

Décrivez les étapes et actions principales de l'accompagnement proposé et les adaptations liées au lieu de vie

--

2- Pré-admission

Nombre de demandes d'intervention reçues dans l'année

3- Activités d'accompagnements à des RDV

Nombre de recours à interprétariat professionnel

Nombre d'accompagnements dans l'année pour une démarche extérieure (rendez-vous médicaux, démarches administratives...)

Nombre de personnes accompagnées (file active) concernées par ces accompagnements

4 - Missions réalisées

Nombre de prestations

Premiers soins	
Bilans de santé infirmiers	
Soins infirmiers sur prescription (ESSIP)	
écoute	
Nombre de demande d'ouverture de droits santé	
Nombre de démarches administratives relatives à l'accès au logement	
Nombre de démarches administratives relatives à l'accès au séjour	
Nombre de démarches administratives relatives aux mesures de protection (signalement préoccupant enfant, tutelle/curatelle)	
Nombre de remise de materiel RDRD	
Nombre de remise de produits alimentaires /vetsimentaires	
Nombre d'orientation vers un professionnel de santé	
Nombre d'orientation vers un dispositif social (autre que droits santé)	
Orientation vers un CAARUD, service addictologie...	
Orientation vers un dispositif d'urgences	
Orientation vers une PASS	
Orientation vers un service hospitalier (hors urgences)	
Orientation vers un dispositif publics de prévention (CLAT, CeGIDD, CVAX)	

principaux professionnels de santé, précisez :

--

autres orientations précisez :	

Commentaires

VII. CANDIDATURES, ADMISSIONS et REFUS D'ADMISSION

1- Demandes de prise en charge

	Femme	Homme	Transgenre/Non-binaire/Autre	Mineur	Total
Nombre de candidatures reçues dans l'année					0

2- Admissions

Nombre de personnes admises dans l'année de référence	0
---	---

Nb de personnes orientées par :  
Indiquez un seul service orientateur par personne admise

Votre dispositif ACT hébergement ou LHSS hébergement	
Association ou structure interne	
Etablissement ou service médico-social (addictologie, handicap, autre ACT, autre LHSS, LAM...)	
Etablissement social d'hébergement AHI ou DNA	
Services sociaux municipaux/départementaux	
Services hospitaliers (et autres : ELSA, service de médecine, clinique...)	
SPIP ou USMP (personnes placées sous main de justice ou sortie de prison)	
Autre association	
Initiative de la personnes ou des proches	
Initiative d'un médecin de ville	
Autre	

Pour ESSIP, précisez le prescripteur (médecin associatif/médecin de ville/médecin hospitalier)

Ne sait pas, non renseigné	
total	0

3- Refus d'admission

Nombre de refus de candidature calculé	0
--	---

Motifs de refus (inclure refus de la personne, refus car inéligible (quelle raison), refus car plus de place disponible...)	Pourcentage

Commentaires

**VIII. LES SORTIES**

Nombre de personnes accompagnées sorties du dispositif dans l'année (personnes décédées comprises)	0
--	---

**1- Tranches d'âges**

Age et genre des personnes accompagnées

Nombre de personnes accompagnées :

	Femme	Homme	Non-binaire/Autre
0-1 ans			
2-6 ans			
7-17 ans			
18-45 ans			
46- 59 ans			
60 ans et plus			
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**2- Motif de sortie du dispositif**

Nombre de sortants, parmi les personnes accompagnées :

décédés pendant l'accompagnement	
ayant quitté volontairement le dispositif	
ayant été exclu par la structure	
ayant intégré un ACT	
ayant intégré un LAM, un LHSS	
ayant intégré un établissement médico-social pour personnes âgées	
ayant intégré un établissement médico-social pour personnes handicapées	
ayant intégré un établissement médico-social spécialisé en addictologie	
ayant intégré un établissement de santé (hopital, SSR...)	
ayant intégré un hopital psychiatrique	
perdu de vue	

autre préciser,

Ne sait pas, non renseigné	
<b>total</b>	<b>0</b>

**3- Soutien et suivi après la sortie du dispositif**

Existe t'il un dispositif de suivi sanitaire après la sortie du dispositif ?	
Existe t'il un dispositif de suivi social après la sortie du dispositif ?	
Nombre de personnes sorties dans l'année ayant bénéficié d'un suivi / soutien après leur sortie	

Décrivez le type de suivi proposé

Commentaires



## Annexe 13 : Rapport d'activité 2023 des équipes mobiles SEGUR 27 - ESSIP

## Rapport d'Activité Standardisé des équipes mobiles SEGUR 27

ESSIP

régions	
département	
année	2023

Certaines cases possèdent un point rouge, si vous cliquez dessus, un commentaire apparaîtra

Type de dossier

## I. L'Organisme gestionnaire

## 1- Identification de la structure

Nom de l'organisme gestionnaire	
Nom de l'équipe (ESSIP) disposant de l'autorisation administrative	
Nom et prénom du Responsable	

Adresse :	
Code postal :	
Commune :	

Téléphone :	
Adresse électronique :	
Site Internet :	

## 2- Critères d'admission dans le dispositif définis par votre structure

--

## II. MOYENS FINANCIERS DU DISPOSTIF

A partir du compte administratif :

## Recettes :

	GI : Produits de la tarification	
	GII : Autres produits relatifs à l'exploitation	
	GIII : Produits financiers et produits non encaissables	

Montant total de la participation des résidents réellement enregistré comme produit :	
Montant mensuel de la participation demandée aux résidents (que le résident s'en acquitte ou non)	

## Charges :

	GI : Dépenses liées à l'exploitation courante	
	GII : Dépenses liées au personnel	
	GIII : Dépenses liées à la structure	

Montant total annuel de l'aide financière attribuée aux personnes accompagnées (argent, ticket restaurant, frais liés à la scolarité ...)	
Montant total annuel de l'aide en nature attribuée aux personnes accompagnées (ticket de bus, ...)	

Commentaires

--

--

## III. L'EQUIPE

Convention collective

En nombre d'Equivalent Temps Plein Travaillé-ETPT

ETPT : un temps plein correspond à 35 heures par semaine (exemple : un mi-temps est compté 0,5 ETPT)

	Salariés de la structure (en ETPT)	Mis à disposition par d'autres structures (en ETPT)	Total
Infirmier			0
Médecin			0
Psychologue			0
Autre personnel paramédical (kiné, diététicien, art thérapeute ...)			0
Aide soignant, aide médico-psychologique, Auxiliaire de soin			0
Educateur spécialisé/ Educateur de jeunes enfants/Autre personnel éducatif ou socio-éducatif			0
Animateur / Moniteur			0
Professeur d'activités sportives adaptées			0
Assistant de service social			0
Technicien(ne) de l'intervention sociale et familiale			0
Conseiller emploi / insertion			0
Conseiller en économie sociale et familiale			0
Chargé de mission logement			0
Maitresse de maison, aide à domicile, auxiliaire de vie, ...			0
Directeur / Chef de service			0
Assistant de direction, secrétariat et personnel administratif			0
Personnel logistique (entretien, maintenance...)			0
autres précisez :			0
			0
			0
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Stagiaires			0
Service civique			0

en nombre de personnes

Effectifs réels dans la structure	
Nombre de départs dans l'année	
Nombre de recrutements dans l'année	

Distance kilométrique parcourue par l'équipe	
--	--

	Nombre d'heures
Temps partagés	
Commission d'admission	
Réunion dur des dsoiers individuels	
Réunions d'équipes diverses (partage de pratiques..)	
Temps de formation des équipes	

Périmètre d'intervention	Codes postaux

Liste des conventions (dont conventions obligatoires)	

## IV. NOMBRE DE PLACES /EQUIPES

au 31/12 de l'année de référence du rapport d'activité

Nombre total de places/équipes autorisées au 31/12	
dont nombre total de places/équipes installées au 31/12	
dont nouvelles places/équipes autorisées au cours de l'année	

Données à extraire du SI en IDF (sauf commentaires)

## V. PROFIL DE LA FILE ACTIVE

La file active : les personnes occupant une place du dispositif dans l'année (personnes présentes au 31/12 + personnes sorties dans l'année)

## 1- Age et genre des personnes accompagnées

Nombre de personnes accompagnées :

	Femme	Homme	Non-binaire/Autre
0-1 ans			
2-6 ans			
7-17 ans			
18-45 ans			
46- 59 ans			
60 ans et plus			
Total	0	0	0

	Femme	Homme	Transgenre/Non-binaire/Autre	
Nombre de personnes accompagnées dans l'année (File active)				0
<b>dont</b> nouvelles personnes accompagnées dans l'année				0
<b>dont</b> nombre de sortants dans l'année				0
<b>dont</b> nombre de personnes allophones				0

	Adulte	Mineurs	Total
Nombre de personnes rencontrées			

RASA

## 2- Langues parlées

## 3 principales langues parlées


## 3- Lieu de vie de la personne

## Type d'hébergement de la file active :

Nombre de personnes accompagnées en secteur AHI	
Nombre de personnes accompagnées en secteur DNA	
Nombre de personnes avec un hébergement précaire (lieu de squat, bidonville, tente, caravane, camping, chez des proches...)	
Nombre de personnes sans logement ni hébergement - accompagnement directement à la rue (maraudes)	
Nombre de personnes type hébergement autres	
Total	0

## Commentaires

## 4- Origine géographique des personnes

Afrique du Nord	
Afrique de l'Ouest	
Afrique de l'est	
Afrique Australe	
Proche Orient	
Moyen Orient	
Extrême Orient	
Océanie	
Europe de l'Est	
Autres	

## 5 - Situation familiale (facultatif)

## Nombre de personnes accompagnées :

Célibataires	
En union libre	
Pacsées	
Mariées	
Divorcées	
Veufs ou veuves	
Ne sait pas, non renseigné	
total	0

## 6- Personnes sous main de justice ou sortant de prison (liée feuille de route santé des PPSMJ)

Nombre de personnes accompagnées sous main de justice ou sortant de prison	
--	--

## Dont (situation à l'admission) :

Aménagement de peine	
Suspension de peine pour raison médicale	
Sortie de prison (libération)	
Ne sait pas, non renseigné	
total	0

## Commentaires

## 7- Pratiques addictives relevant de problématiques pathologiques

Les réponses peuvent être cumulatives. Une personne ayant une dépendance à l'alcool et sous traitement de substitution comptera pour 1 dans chaque case prévue

Nombre de personnes accompagnées avec un :

	Usage à risque ou nocif d' alcool	
	Usage à risque ou nocif de substances psychoactives - (hors alcool et hors tabac)	
	Traitement de substitution aux opiacés	

Commentaires

--

## 8- Profil des personnes accompagnées en fonction de leur(s) pathologie(s)

Pour ESSIP: pathologie principale ayant justifiée la prescription de soins infirmiers

Nombre de personnes ayant la pathologie suivante

	Total
VIH	
Hépatite B	
Hépatite C	
Cancers	
Diabète	
Insuffisance rénale	
Maladies cardio-vasculaires, hypertension	
Trouble neurocognitif (séquelles d'AVC,...)	
Maladie neurologique dégénérative (SEP, Parkinson..)	
Autre pathologie neurologique (dont epilepsie)	
Pathologie pulmonaire	
Maladie psychiatrique, dépression, troubles du comportement, anxieux, de l'alimentation ...	
Addictions (hors alcool et tabac) y compris traitement de substitution aux opiacés	
Alcoolisme	
Drépanocytose	
Tuberculose	
Cirrhose, insuffisance hépatique	
Maladies génétiques, maladies rares, maladie orphelines...	
Maladies digestives, du tube digestif, gastro-intestinales	
Maladies autoimmunes	
Problème dermatologique (parasitose, dermatite)	
Problème ophtalmologique	
Problème ostéoarticulaire	
Lésions traumatiques (dont accident vie courante, tentative de suicide, agression, ...)	
Grossesse, accouchement et périnatalité (prénatal)	
Grossesse, accouchement et périnatalité (postnatal)	
Maladie endocrinienne, nutritionnelle et métabolique (sauf diabète)	
Autres, précisez	

Ne sait pas, non renseigné	
Total	0

**Comorbidités chroniques associées**

Nombre de personnes accompagnées avec au moins une comorbidité chronique (hors addiction, alcoolisme et handicap)	
---	--

## 9- Situation administrative - droit au séjour

	Personnes accompagnées pendant l'année (file active) : situation à l'entrée	Personnes sorties dans l'année (file active) : situation à la sortie (personnes décédées comprises)
Personne de nationalité française		
Personne étrangère ayant la nationalité d'un pays de la communauté européenne		
Mineurs Non-Accompagnés		
Personne avec titre de séjour (asile ou tout titre de séjour)		
Personnes sans titre de séjour		
Personnes ayant déposé une demande asile ou titre de séjour		
Ne sait pas/ non renseigné		
Total	0	0

Comment sont accompagnées les personnes nécessitant des démarches, vis-à-vis du droit au séjour ?

## 10- Protection maladie

<b>Protection maladie de base :</b>	Personnes accompagnées pendant l'année (file active) : situation à l'entrée	Personnes sorties dans l'année (file active) : situation à la sortie
Nombre de personnes bénéficiant de la protection universelle maladie (PUMA) sans ALD		
Nombre de personnes bénéficiant de la protection universelle maladie (PUMA) ayant une ALD		
Nombre de personnes bénéficiant de l'aide médicale Etat (AME)		
Nombre de personnes bénéficiant de l'allocation adulte handicapé (AAH)		
Nombre de personnes sans protection maladie de base		
Ne sait pas/ non renseigné		
Total	0	0

**Protection complémentaire :**

Personnes accompagnées pendant l'année (file active) : situation à l'entrée

Personnes sorties dans l'année (file active) : situation à la sortie

Complémentaire santé solidaire (ex-CMU-C)		
Autres		
Sans protection complémentaire		
Ne sait pas/ non renseigné		
Total	0	0

11 - principales ressources

	Personnes accompagnées pendant l'année (file active) : situation à l'entrée	Personnes sorties dans l'année (file active) : situation à la sortie
Nombre de personnes ayant des ressources non publiques (travail, aide de proche...)		
Nombre de personnes ayant des aides/allocations publiques		
Sans revenu		
Ne sait pas/ non renseigné		
Total	0	0

12 - Situation professionnelle (facultatif)

indiquez une seule situation par personne

	Personnes accompagnées pendant l'année (file active) : situation à l'entrée	Personnes sorties dans l'année (file active) : situation à la sortie
En emploi à temps partiel		
En emploi à temps plein		
En formation		
Sans activité professionnelle		
autres, précisez :		
Ne sait pas/ non renseigné		
Total	0	0

VI. ACTIVITES REALISEES

1- Modalités de l'accompagnement médico-social

Décrivez les étapes et actions principales de l'accompagnement proposé et les adaptations liées au lieu de vie

2- Pré-admission

Nombre de demandes d'intervention reçues dans l'année	
---	--

## 3- Activités collectives et activités d'accompagnements à des RDV

Nombre de recours à interprétariat professionnel	
--	--

Nombre d'accompagnements dans l'année pour une démarche extérieure (rendez-vous médicaux, démarches administratives...)	
Nombre de personnes accompagnées (file active) concernées par ces accompagnements	

## 4 - Missions réalisées

## Nombre de prestations

Premiers soins	
Bilans de santé infirmiers	
Soins infirmiers sur prescription (ESSIP)	
écoute	
Nombre de demande d'ouverture de droits santé	
Nombre de démarches administratives relatives à l'accès au logement	
Nombre de démarches administratives relatives à l'accès au séjour	
Nombre de démarches administratives relatives aux mesures de protection (signalement préoccupant enfant, tutelle/curatelle)	
Nombre de remise de materiel RDRD	
Nombre de remise de produits alimentaires /vetsimentaires	
Nombre d'orientation vers un professionnel de santé	
Nombre d'orientation vers un dispositif social (autre que droits	
Orientation vers un CAARUD, service addictologie...	
Orientation vers un dispositif d'urgences	
Orientation vers une PASS	
Orientation vers un service hospitalier (hors urgences)	
Orientation vers un dispositif publics de prévention (CLAT, CeGIDD, CVAX)	

principaux professionnels de santé, précisez :

autres orientations précisez :	

Commentaires

--

## VII. CANDIDATURES, ADMISSIONS et REFUS D'ADMISSION

## 1- Demandes de prise en charge

	Femme	Homme	Non-binaire/Autre	Mineur	Total
Nombre de candidatures reçues dans l'année					0

2- Admissions

Nombre de personnes admises dans l'année de référence	0
---	---

Nb de personnes orientées par :  
Indiquez un seul service orientateur par personne admise

Votre dispositif ACT hébergement ou LHSS hébergement	
Association ou structure interne	
Etablissement ou service médico-social (addictologie, handicap, autre ACT, autre LHSS, LAM...)	
Etablissement social d'hébergement AHI ou DNA	
Services sociaux municipaux/départementaux	
Services hospitaliers (et autres : ELSA, service de médecine, clinique...)	
SPIP ou USMP (personnes placées sous main de justice ou sortie de prison)	
Autre association	
Initiative de la personnes ou des proches	
Initiative d'un médecin de ville	
Autre	

Pour ESSIP, précisez le prescripteur (médecin associatif/médecin de ville/médecin hospitalier)

Ne sait pas, non renseigné	
total	0

3- Refus d'admission

Nombre de refus de candidature calculé	0
--	---

Motifs de refus (inclure refus de la personne, refus car inéligible (quelle raison), refus car plus de place disponible...)	Pourcentage

Commentaires

VIII. LES SORTIES

Nombre de personnes accompagnées sorties du dispositif dans l'année (personnes décédées comprises)	0
--	---

1- Tranches d'âges

Age et genre des personnes accompagnées  
Nombre de personnes accompagnées :

	Femme	Homme	Non-binaire/Autre
0-1 ans			

2-6 ans			
7-17 ans			
18-45 ans			
46- 59 ans			
60 ans et plus			
Total	0	0	0

2- Motif de sortie du dispositif

Nombre de sortants, parmi les personnes accompagnées :

décédés pendant l'accompagnement	
Fin des soins prescrits (ESSIP)	
ayant quitté volontairement le dispositif	
ayant été exclu par la structure	
ayant intégré un ACT	
ayant intégré un LAM, un LHSS	
ayant intégré un établissement médico-social pour personnes âgées	
ayant intégré un établissement médico-social pour personnes handicapées	
ayant intégré un établissement médico-social spécialisé en addictologie	
ayant intégré un établissement de santé (hôpital, SSR...)	
ayant intégré un hôpital psychiatrique	
perdu de vue	
autre préciser,	
Ne sait pas, non renseigné	
total	0

3- Soutien et suivi après la sortie du dispositif

Existe t'il un dispositif de suivi sanitaire après la sortie du dispositif ?	
Existe t'il un dispositif de suivi social après la sortie du dispositif ?	
Nombre de personnes sorties dans l'année ayant bénéficié d'un suivi / soutien après leur sortie	

Décrivez le type de suivi proposé

Commentaires

IX. LES DUREES DE SEJOURS

ESSIP

Nombre de personnes prise en charge au 31/12 depuis :  
(période totale, si allers-retours)

Nombre de personnes sorties dans l'année du dispositif hors les murs, qui étaient prises en charge dans le dispositif depuis:

0 à 2 mois		
2 à 6 mois		
plus de 6 mois		
	0	0

Durée moyenne des soins uniquement des personnes sorties dans l'année (en jours)	
--	--

Commentaires :



## Annexe 14

# Dispositif ACT « Un chez-soi d'abord »



## Cahier des charges national

**Mars 2023**

## Table des matières

1.	Préambule.....	4
2.	Objectif du cahier des charges.....	5
3.	Définition.....	6
4.	Objectifs .....	7
5.	Vocabulaire et approches .....	7
6.	Principes d'action.....	9
7.	Personnes accueillies .....	9
8.	Modalités d'organisation et de fonctionnement du dispositif .....	11
8.1.	Territoire d'intervention retenu .....	11
8.2.	Pilotage et gestion .....	12
8.2.1.	Accompagnement national et territorial .....	12
8.2.2.	Gestion du dispositif .....	13
8.2.3.	Gouvernance par le gestionnaire.....	14
8.3.	Modalités d'orientation des publics .....	15
8.3.1.	Structures.....	15
8.3.2.	Circuit d'orientation.....	16
8.4.	Admission dans le dispositif.....	16
8.5.	Durée d'accompagnement et modalités de sortie du dispositif.....	17
8.5.1.	Volet logement.....	17
8.5.2.	Volet accompagnement.....	17
8.6.	Projet d'établissement.....	18
8.7.	Mise en œuvre des droits des personnes accueillies.....	19
8.8.	Partenariats.....	19
8.9.	Ressources humaines.....	20
8.9.1.	Montée en charge du dispositif .....	21
8.9.2.	Volet administration .....	21
8.10.	Formation.....	22
8.11.	Budget .....	22
8.12.	Suivi et évaluation.....	23
8.13.	Modalités de sélection des projets à partir de 2018 .....	24
8.14.	Situation particulière de la Corse.....	25
9.	Missions et activités du dispositif .....	25

9.1.	Organisation.....	25
9.2.	Modalités générales d'accompagnement.....	25
9.3.	Accueil individualisé.....	26
9.4.	Pôle d'activité logement.....	27
9.5.	Pôle d'activité accompagnement médical et médico-social.....	28
9.5.1.	Accompagnement à l'habitat et à la vie quotidienne.....	28
9.5.2.	Accompagnement à la santé.....	29
9.5.3.	Accompagnement à la vie relationnelle.....	30
9.5.4.	Accompagnement à l'emploi, la formation.....	30
9.5.5.	Accompagnement aux activités culturelles, citoyennes et de loisir.....	30
9.5.6.	Accompagnement à la sortie du dispositif.....	30
9.5.7.	Spécificité des dispositifs en zone rurale.....	30

Il a été réalisé par la DIHAL en collaboration avec les administrations centrales concernées, DGCS, DGS, DGOS, DHUP, DSS, la CNAM, l'Anesm (HAS) et l'ensemble des parties prenantes et des membres du comité de pilotage engagés dans la phase expérimentale qui s'est déroulée entre 2011 et 2016 et les membres du comité de suivi du déploiement en grande métropole, grande ville et ville moyenne puis territoires ruraux avec des modifications apportées successivement suite aux travaux menés en 2020 (modèle à 55 places) et 2022 (modèle en zone rurale) par la DIHAL. Il s'appuie sur les résultats de la recherche conduite par le Pr Pascal AUQUIER, Université Aix-Marseille Unité EA 3279.

## 1. Préambule

Le rapport de 2009 « *La santé des personnes sans chez-soi* » établit un état des lieux des principaux problèmes sanitaires rencontrés par les personnes durablement sans-abri et met en avant que le fait d'être « sans chez-soi » constitue un facteur de mortalité et de morbidité accru dans le champ des pathologies mentales et somatiques.

Les réponses mises en œuvre jusque-là dans le cadre des politiques publiques d'assistance et d'inclusion sociale ne permettent pas de répondre totalement à ce défi. D'une part, les dispositifs médico-sociaux (destinés aux personnes en situation d'exclusion et présentant un trouble psychique) définis dans le cadre de la *Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*, nécessitent au préalable une orientation par la *Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées* (CDAPH) et un engagement dans une démarche de soins ; les publics durablement à la rue en sont le plus souvent exclus. D'autre part, les prises en charge classiquement proposées dans le cadre de l'urgence sociale (prises en charge dites « en escalier ») demandent comme préalable à tout accès au logement autonome que les personnes puissent faire la preuve qu'elles sont en "capacité d'être logées", le logement autonome étant le plus souvent conditionné au fait d'accepter un traitement médical et d'être abstinent aux substances psychoactives. Comme le constatait la Cour des comptes en 2007 dans un rapport sur les personnes sans-abri, ce sont « *les personnes qui cumulent les situations de vulnérabilité (qui) sont les plus à même de rentrer dans le cycle récurrent de l'urgence sociale et tourner en boucle de structures sociales en structures sanitaires jusqu'à ce que mort s'en suive* »<sup>1</sup>. Il y a donc une conjonction de deux effets négatifs : un faible rétablissement des personnes et une forte consommation de services peu efficace compte tenu notamment de leur discontinuité.

Face à ce constat, l'Etat a engagé une expérimentation intitulée « Un Chez-soi d'abord » d'avril 2011 à décembre 2016 qui vise à changer radicalement la modalité d'accompagnement. En effet, il propose un accès direct dans un logement ordinaire depuis la rue moyennant un accompagnement soutenu et pluridisciplinaire au domicile, pour des personnes souffrant de pathologies mentales sévères et échappant aux dispositifs classiques. Une recherche évaluative randomisée indépendante a été menée. Elle a montré que le programme « Un Chez-soi d'abord » a une réelle efficacité à un moindre coût sur un suivi à deux ans se traduisant par un accès rapide et un maintien dans le logement pour 85% des personnes suivies, une amélioration globale de la qualité de vie (plus marquée pour les personnes souffrant de schizophrénie), une réduction significative des recours au système de soins (diminution de 50% des durées d'hospitalisation pour les personnes suivies en comparaison avec le groupe dit « témoin ») et aux structures dédiées aux personnes sans-abri (structures de l'urgence sociale). La totalité du coût du programme « Un Chez-soi d'abord » est compensée par les économies potentiellement réalisées par le système de soins et, dans une

---

<sup>1</sup><http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000208.pdf>

moindre mesure, par le système (médico-)social. Cette intervention présente donc un retour sur investissement maîtrisé.

Un comité d'évaluation réuni le mardi 5 juillet 2016 a considéré que le programme « Un Chez-soi d'abord » répond à un besoin réel conforme aux orientations générales des politiques publiques en faveur des publics ciblés et, qu'au vu des résultats de la recherche évaluative, il apporte une plus-value en comparaison avec l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale existante. Il a donc préconisé « *la pérennisation des sites expérimentaux et le déploiement maîtrisé du programme sur le territoire, en s'appuyant sur une évaluation pertinente des besoins sur les sites ciblés tout en maintenant lors du déploiement un accompagnement évaluatif rigoureux* ». Les délibérations et préconisations ci-dessus ont recueilli l'approbation unanime de tous les membres du comité.

Le programme « Un Chez-soi d'abord » a par ailleurs été inscrit dans la « Stratégie nationale de prise en charge des personnes sans-abris ou mal logées 2009/2012 » qui repose sur la conviction que le logement est une condition préalable et nécessaire à l'insertion. C'est un axe du « Plan quinquennal pour le logement d'abord 2018-2022 et du second plan 2023-2027 », de la « Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté 2018-2022 » de la « Feuille de route psychiatrie et santé mentale ».

Le programme « Un Chez-soi d'abord » s'inscrit :

- dans le projet territorial de santé mentale tel que mentionné à l'Art. L. 3221-2. – I de la Loi de modernisation du système de santé. Celui-ci visant notamment, comme prévu à l'alinéa 14 de l'article. L. 3221-2. du code de santé publique, à la mise en place d'« *un programme relatif au maintien dans le logement et d'accès au logement et à l'hébergement accompagné (...) pour les personnes en souffrance psychique qui en ont besoin* »,
- dans les programmes régionaux de santé (PRS),
- dans le programme départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD). Cette instance qui a un copilotage Etat / Conseil départemental sera particulièrement mobilisée lors du déploiement du dispositif sur les territoires ruraux.
- dans un contexte budgétaire qui tend à la meilleure performance de la dépense publique.

## 2. Objectif du cahier des charges

Le présent cahier des charges national définit les conditions d'organisation et de fonctionnement applicables aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord » relevant du 9° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) ; ceux-ci sont en outre soumis à l'ensemble des dispositions générales du CASF relatives aux services sociaux et médico-sociaux dont celles relatives aux obligations d'évaluation définies à l'article L. 312-8 : « Dans un objectif d'amélioration continue de la qualité, les établissements et services

mentionnés à l'article L. 312-1 évaluent et font procéder à l'évaluation de la qualité des prestations qu'ils délivrent selon une procédure élaborée par la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale. Les organismes pouvant procéder à cette évaluation sont habilités par la Haute Autorité de santé, qui définit le cahier des charges auquel ils sont soumis. Les résultats de cette évaluation sont communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation ainsi qu'à la Haute Autorité de santé. Un décret détermine les modalités de leur publication ainsi que le rythme des évaluations. »

Un guide<sup>2</sup> d'implantation et de mise en œuvre s'appuyant sur les enseignements de la phase expérimentale accompagne le présent cahier des charges.

### 3. Définition

Le décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 crée un nouveau type d'appartement de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord » comportant un logement accompagné - qui entre dans la catégorie des services médico-sociaux au sens du 9° de l'article L. 312-1 du CASF - qui « assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical ».

Ce dispositif « a pour objet exclusif de permettre à des personnes majeures, durablement sans-abri et atteintes d'une ou de pathologies mentales sévères :

- D'accéder sans délai, suite à leur intégration dans le dispositif, à un logement en location ou en sous-location et de s'y maintenir,
- De développer leur accès aux droits et à des soins efficaces, leur autonomie et leur intégration sociale<sup>3</sup>. »

Les personnes accueillies bénéficient d'un accompagnement médico-social adapté à domicile ou sur tout autre lieu dans la cité, qui est réévalué au moins une fois par an.

Le décret n° 2020-1376 du 12 novembre 2020 modifiant les conditions d'accompagnement des dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord » modifie le seuil de la capacité d'accompagnement des dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord » et pérennise l'accompagnement de l'ensemble des établissements concernés au niveau national. Ainsi, la capacité d'accompagnement du dispositif n'est plus « comprise entre 90 et 105 personnes » mais « au minimum de 55 personnes ». La date limite du 31 décembre 2022 de l'accompagnement par un conseiller technique national est supprimée.

---

<sup>2</sup> Le guide complète le cahier des charges en proposant des illustrations détaillées des modalités d'organisation et des pratiques professionnelles issues de l'expérience des quatre sites expérimentaux.

<sup>3</sup> Décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 crée un dispositif « Un Chez-soi d'abord » comportant un logement accompagné

#### 4. Objectifs

Le dispositif d'appartements de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord » vise au rétablissement des personnes accueillies.

Son objectif est double, d'une part le rétablissement à l'égard de la maladie mentale en donnant la primauté aux choix de la personne et en mettant l'accent sur l'expérience subjective à l'égard de la maladie. Ce processus repose sur l'appropriation du pouvoir d'agir, l'espoir ou la quête d'une vie meilleure. D'autre part, la promotion de la santé mentale positive s'appuyant sur le renforcement des compétences personnelles, l'estime de soi, le développement de rôles et d'activités enrichissantes favorisant son inclusion sociale. Le soutien visera à la fois la personne elle-même et la mise en place de conditions favorables à son rétablissement dans son environnement de vie.

Le dispositif s'articule notamment avec l'ensemble des dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux inscrits sur le territoire et vise à garantir un accompagnement dans le cadre d'un parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture en s'appuyant autant que de besoin sur l'ensemble des acteurs susceptibles d'intervenir en amont ou en aval du dispositif.

#### 5. Vocabulaire et approches

Le dispositif d'appartements de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord » s'appuie sur les approches suivantes :

- Le « *Housing First* »<sup>4</sup> qui défend l'efficacité de l'accès à un logement indépendant sans condition, assorti d'un « pack de services » médicaux et sociaux disponibles et intensifs, s'appuyant sur le respect du choix de la personne<sup>5</sup> et postule que celle-ci a les compétences pour accéder directement depuis la rue à un logement ordinaire. Il se distingue du modèle dit « *modèle en escalier* » qui prône un accès progressif et par étapes à un logement ordinaire. Ce modèle s'adresse à des personnes vivant avec une ou des pathologies mentales sévères. Il se distingue par un second postulat qui spécifie que les personnes n'ont pas besoin d'avoir accepté un traitement psychiatrique ou d'être abstinentes ou sur la voie de l'abstinence concernant le mésusage de substances psycho actives, pour accéder à un chez-soi.
- Le « *rétablissement* »<sup>6</sup> est un concept qui part de l'expérience des personnes. Il peut être défini comme « *un processus profondément personnel et unique de changement de ses attitudes, valeurs, sentiments, objectifs, compétences, etc... et [qui] remet en question l'hypothèse pessimiste selon laquelle la maladie mentale serait une*

---

<sup>4</sup>Inventé par Sam Tsemberis aux Etats-Unis dans les années 1990 et modélisé sous le nom de « pathways to housing first »

<sup>5</sup>In TSEMBERIS, Sam, Leyla Gulcur, et Maria Nakae. 2004. « Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis ». *American Journal of Public Health* 94 (4): 651-56.

<sup>6</sup>Pour plus d'information se référer à : Greacen T, Jouet E. Rétablissement et inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique : le projet EMILIA. *L'Information psychiatrique* 2013 ; 89 : 359-64.

*maladie chronique voir incurable avec au mieux une stabilisation des symptômes* »<sup>7</sup>. Sa promotion fut d'abord le fait des personnes atteintes de maladie mentale et de leurs familles à travers des associations et se définissant souvent comme des « *survivants de la psychiatrie* ». Les revendications portaient déjà bien plus sur une dimension sociale, citoyenne et politique du rétablissement que biologique. Au même moment, une étude clinique longitudinale internationale menée par l'OMS sur la schizophrénie met en évidence qu'environ 30% des personnes avec un diagnostic de schizophrénie se rétablissent complètement, et 30% se rétablissent en partie<sup>8</sup>. Elle a amené, dans certains pays, à une véritable transformation de l'offre de soins, avec un nombre croissant de politiques nationales de santé mentale centrées de manière explicite sur le « rétablissement » (États-Unis, Canada, Royaume-Uni, Australie, Nouvelle-Zélande).

Offrir des « *soins orientés rétablissement* » nécessite de donner à l'individu la liberté de choisir parmi la gamme de services offerts ceux qui sont le plus susceptibles d'aider à son rétablissement, de prioriser des interventions dans le milieu de vie des personnes, d'offrir une gamme de services globale et intégrée pouvant s'adapter aux changements que la personne vivra durant son expérience de rétablissement. Les « *soins orientés rétablissement* » s'appuient enfin sur une pluralité d'outil d'accompagnement (WRAP<sup>9</sup>, plan de crise, remédiation cognitive, réhabilitation psychosociale, ...).

- La « *réduction des risques et des dommages* »<sup>10</sup> (RDR) s'adresse avant tout aux consommateurs de substances psychoactives licites ou illicites et à leurs proches. Développée au cours des années 1980, dans le contexte de l'épidémie de VIH chez les usagers injecteurs d'héroïne, la RDR a progressivement intégré d'autres registres d'action concernant d'autres produits, comme les initiatives développées autour des risques liés à l'alcool. La réduction des risques se réclame d'une démarche de santé publique pragmatique en ce qu'elle entend limiter les risques liés à la consommation, sans avoir comme premier objectif le sevrage et l'abstinence. Elle vise à encourager l'utilisateur à adopter autant que possible des comportements moins nocifs pour sa santé. Elle prend en compte les contextes dans lesquels les substances sont consommées (isolément ou en groupe, en milieu festif ou dans la rue...) et les profils des consommateurs. La connaissance des motivations et des conditions dans lesquelles les personnes sont amenées à consommer est en effet nécessaire pour définir les stratégies efficaces de réduction des risques.

---

<sup>7</sup>William Anthony (1993) *psychom "santé mentale de A à Z"*

<sup>8</sup>Davidson L, Rakfeldt J, Strauss J. *The roots of the recovery movement in psychiatry*. Wiley-Blackwell, editor; 2010.

<sup>9</sup> *Wellness Recovery Action Plan* – Ellen Copeland

<sup>10</sup>Mildecce <http://www.drogues.gouv.fr/comprendre/ce-qu-il-faut-savoir-sur/la-reduction-des-risques>

## 6. Principes d'action

Huit principes clés structurent le dispositif d'appartements de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord ». Ils sont issus du modèle anglo-saxon et ont fait l'objet d'une validation lors de l'expérimentation française conduite de 2011 à 2016 ainsi que d'un consensus européen<sup>11 12</sup> :

- (1) Le **logement est un droit fondamental**<sup>13</sup>,
- (2) Le dispositif propose à la personne un **accès rapide à un logement ordinaire de son choix diffus dans la cité - sans conditions préalables de traitement ou d'abstinence aux substances psychoactives**,
- (3) La personne a le **choix de l'agenda et de la temporalité des services** d'accompagnement (notion d'*autodétermination*), dans la limite du respect de l'engagement minimum d'une visite hebdomadaire par l'équipe d'accompagnement,
- (4) Le programme s'engage vis-à-vis de la personne à **l'accompagner autant que de besoin** dans le cadre d'un accès aux droits et à des soins efficaces et à la citoyenneté via une **insertion dans le milieu ordinaire**,
- (5) **La séparation des services de logement et de traitement**<sup>14</sup> ; l'accompagnement se poursuit quel que soit le parcours résidentiel de la personne ET le logement n'est pas conditionné à l'observance d'un suivi thérapeutique,
- (6) Les services de soutien individualisé sont « **orientés rétablissement** »,
- (7) Le dispositif développe une **approche de réduction des risques et des dommages**,
- (8) L'accompagnement s'effectue dans le cadre d'un **engagement intensif** et d'une inconditionnalité de l'accompagnement.

## 7. Personnes accueillies

Le dispositif s'adresse exclusivement aux personnes sans-abri, majeures sans limite d'âge, susceptibles de bénéficier de la prise en charge de leurs frais de santé en vertu de l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale.

Pour accéder à un logement locatif social, elles doivent satisfaire aux conditions prévues au 1° de l'article R. 441-1 du code de la construction et de l'habitation.

Elles doivent être en situation régulière sur le territoire au moment de leur intégration dans le dispositif.

---

<sup>11</sup>Housing first guide Europe. Voir : <https://housingfirstguide.eu/>

<sup>12</sup>Peer-review les 16 et 17 mars 2016. Voir

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=fr&catId=89&newsId=2338&furtherNews=yes>

<sup>13</sup> Consacré en France par l'existence d'un droit au logement opposable (Loi DALO)

<sup>14</sup> Le traitement est compris comme l'observance d'un suivi thérapeutique en lien avec la pathologie

Les personnes devront impérativement répondre aux critères cumulatifs suivant :

- (1) Etre sans-abri ou sans-logement<sup>15</sup> au moment de l'intégration dans le dispositif,
- (2) Présenter une pathologie mentale sévère<sup>16</sup>,
- (3) Présenter des besoins élevés<sup>17</sup>,
- (4) Etre en demande d'intégrer le dispositif et d'être logées.

Focus sur le critère (1) dans le cas du modèle à 55 places :

Le dispositif vise avant tout des personnes échappant à l'offre habituelle et tout devra être mis en œuvre pour « capter » ce public particulièrement vulnérable sans-abri ou sans-logement. C'est pour cela que le recrutement par des équipes allant vers les publics à la rue (maraude, accueil de jour, etc...) est privilégié. Toutefois, hors des grandes agglomérations, deux situations peuvent être envisagées plus fréquemment :

- Une orientation depuis un CHRS ou un logement accompagné lorsque cette solution a été proposée « faute de mieux » sur un territoire où la diversité de l'offre sociale et médico-sociale est réduite et lorsque la situation de la personne n'est pas stabilisée sur la structure avec de fort risque de revenir à la rue rapidement.
- Une orientation en sortie d'hospitalisation psychiatrique pour des personnes faisant des séjours itératifs en institution hospitalière.

Quelques précautions sur ce dernier point. L'orientation par l'hôpital vers le dispositif est possible si (1) la proposition d'accompagnement en ambulatoire est adaptée, (2) la personne répond aux critères de diagnostic et (3) a une « absence de solution personnelle de logement » pouvant ainsi relever des dispositifs financés par l'Etat dans le cadre du Programme 177. Le dispositif ne peut répondre pour les personnes pour qui le problème de sortie de l'institution n'est pas lié à une « absence de solution personnelle de logement » mais lié à une « absence de solution résidentielle adaptée » (FAM, MAS ou autre dispositif relevant de la prise en charge ambulatoire du handicap psychique). Il s'agit de cibler les personnes relevant des financements de l'Etat dans le cadre de l'Accueil Hébergement Insertion (AHI).

---

<sup>15</sup> Il est fait référence à la grille ETHOS 1 – 2 – 3 – 4 ; les situations relevant de logement inadéquat ou logement précaire seront examinées au cas par cas par la commission d'admission citée au chapitre 9-e

<sup>16</sup> Pathologie relevant du groupe diagnostique « **troubles psychotiques** »

<sup>17</sup> Référence grille MCAS : Multnomah Community Ability Scale

## 8. Modalités d'organisation et de fonctionnement du dispositif

### 8.1. Territoire d'intervention retenu

Le dispositif d'appartements de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord » s'inscrit dans le projet territorial de santé mentale (PTSM) tel que mentionné à l'Art. L. 3221-2.- I de la loi de modernisation du système de santé. Ce projet territorial est défini sur la base d'un diagnostic territorial partagé en santé mentale<sup>18</sup>. De plus il s'inscrit dans les PRS dont le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) et dans le programme départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD). En amont du lancement de la procédure les services de l'ARS et de l'Etat devront conjointement faciliter localement la concertation large des acteurs afin de déterminer les besoins et cibler le territoire d'intervention.

Celui-ci fera l'objet d'un zonage précis, notamment pour les dispositifs hors grandes métropoles, qui sera notifié dans l'appel à projet. Il découle d'une concertation large des acteurs et repose sur l'évaluation des besoins de prise en charge de la population cible, de l'offre sur les volets santé (dont santé mentale) médico-social, social et logement et devra tenir compte des obligations du modèle quant à l'intensivité du suivi.

La dimension « évaluation de l'offre » est particulièrement importante sur les villes moyennes ou zones semi-rurales en raison des difficultés d'accès à certains services (désertification médicale, inégalité territoriale d'implantation de services d'alternatives à l'hospitalisation, etc...) ou des tensions sur l'accès au parc de logement public.

L'organisme gestionnaire veillera quant à lui à ce que les appartements soient situés dans les lieux qui permettent la mise en œuvre d'un suivi intensif pour l'ensemble des personnes accueillies tout en garantissant un choix de logement suffisant pour chacune d'entre elles.

Dans les territoires concernés, le dispositif « Un chez soi d'abord » porte une attention particulière aux enjeux territoriaux de mixité sociale dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV)<sup>19</sup>. Ainsi, hors choix explicite de la personne de résider dans un territoire QPV ou présence avérée dans ce dernier de ressources indispensables à l'accompagnement de la personne, les équipes du Pôle d'activité logement veilleront à prioriser un ciblage territorial des logements hors QPV<sup>20</sup>.

---

<sup>18</sup> Le décret du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale (Art. R. 3224-3) indique que le diagnostic partagé porte une attention particulière à la situation des QPV. En outre, l'instruction DGOS-DGCS-DGS du 5 juin 2018 relative aux PTSM précise que le projet territorial se décline autant que de besoin au sein des contrats de ville.

<sup>19</sup> Dans les QPV, la part des personnes sous le seuil de pauvreté s'élève à 44,0 %, soit un taux trois fois plus élevé qu'en France métropolitaine (14,9 %) (Rapport ONPV 2018 – seuil de pauvreté fixé à 60 % du niveau de vie médian, soit 1 015 € mensuels en 2015). La loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine du 21 février 2014 ainsi que la feuille de route politique de la ville 2018-2022 visent un renforcement de la mixité sociale dans les 1 514 QPV, et avec déploiement d'une politique de renouvellement urbain dans 480 « quartiers d'intérêt national ou régional du NPNRU »

<sup>20</sup> Elles pourront utilement s'appuyer sur le logiciel SIG Ville qui détermine le périmètre des QPV et des « QPV d'intérêt national ou régional du NPNRU » <https://sig.ville.gouv.fr/>

En zone rurale, le territoire d'intervention pourra être infra départemental ou départemental et dans certains cas il est possible d'envisager une configuration interdépartementale. C'est aux acteurs locaux de faire les choix les plus adaptés. Il s'agit d'un projet de territoire et le diagnostic partagé sera l'étape essentielle à cela et il devra être soutenu par l'ARS et les Ddets/Dreets. Certains acteurs devront être particulièrement mobilisés pour le notamment les CLSM, les CCAS, les CPAM et la MSA (notamment les élus des caisses), le SIAO, les élus des collectivités territoriales concernées, les acteurs associatifs et institutionnels, les coordinateurs logement d'abord (dans les territoires de mise en œuvre accélérée), les Commissaires à la lutte contre la pauvreté (CLP), etc. Il sera nécessaire de travailler sur trois niveaux : régional, départemental et infra départemental notamment par bassin de population.

Outre le nombre de personnes visées qui devra être d'au moins 55 personnes, le territoire d'intervention devra comprendre des pôles urbains (agglomération, EPCI, etc...) qui proposent une offre sanitaire et sociale suffisante pour permettre un accès aux droits et aux soins de proximité. Cette offre disponible deviendra un/des « pôle(s) ressource(s) » pour le futur dispositif ; c'est au sein de ces pôles ressources que sont les futurs membres du groupement qui gèrera le dispositif.

Enfin, le territoire ne devra pas excéder une dimension permettant un temps de déplacement inférieur à 1h30 pour les visites à domicile quel que soit le point du territoire.

Seule la région Corse au regard de sa géographie particulière est autorisée à avoir une équipe déployée en deux sous-unités. Ailleurs, la capacité d'accompagnement du dispositif d'au moins 55 places est non sécable sur la zone d'intervention retenue.

## **8.2. Pilotage et gestion**

L'expérimentation a permis de retenir les points suivants comme essentiels au maintien de l'efficacité du dispositif :

- (1) La pluridisciplinarité (sanitaire, social, médico-social et logement) à tous les niveaux de gouvernance : national, territorial, organisme gestionnaire et professionnels du dispositif,
- (2) Une inscription dans une dynamique partenariale à l'échelle du territoire concerné,
- (3) La participation des personnes accueillies selon des modalités définies par la Loi du 2 janvier 2002 de rénovation et de modernisation de l'action sociale et l'article L. 115-2-1 du CASF.

### **8.2.1. Accompagnement national et territorial**

Un conseiller technique national est chargé :

- D'assurer la diffusion des enseignements de l'expérimentation sur les nouveaux sites,
- D'accompagner l'ensemble des organismes gestionnaires en particulier sur les questions de l'évaluation et des pratiques professionnelles,

- De rendre compte du bilan de l'ensemble des dispositifs (issu des données anonymisées relatives aux personnes accueillies et à leur accompagnement, recueillies dans le cadre du logiciel HOPE et HOPE/GLA spécifique au dispositif), dans le cadre d'un comité de suivi national annuel rassemblant l'ensemble des acteurs concernés<sup>21</sup>.

Sur le plan local, un comité de suivi local animé par l'ARS, en lien avec les services déconcentrés de l'Etat sera chargé de diffuser les résultats des évaluations annuelles et les pratiques pertinentes et de faciliter les collaborations sur le territoire. Il pourra s'inscrire dans des instances déjà existantes.

Les représentants de l'Etat et notamment les Ddets les Dreetts et la DRIHL, les collectivités locales et notamment les conseils départementaux, les représentants des personnes accueillies dans le dispositif, des bailleurs sociaux et représentants de bailleurs privés, le CRPA, des représentants des usagers en santé mentale, des associations du secteur accueil, hébergement, insertion (AHI) dont le SIAO, des représentants de têtes de réseau associatives du champ concerné, des acteurs sanitaires et médico-sociaux, et différents partenaires du territoire (liste non exhaustive) en particulier les Conseils locaux de santé mentale (CLSM) ou les coordinations d'acteurs œuvrant dans ce champ partout où elles existent, seront membres de cette instance. Les organismes d'assurance maladie seront tenus informés des travaux du comité de suivi local.

Pour les territoires concernés, les agents dédiés à la politique de la ville en Ddets et en Préfecture seront associés aux concertations territoriales dans la phase de lancement du dispositif ainsi qu'aux comités de suivi locaux. Les chargés de projet Politique de la ville des collectivités ainsi que les coordinations « Atelier santé ville » pourront également être associés.

Le bilan annuel visera sur chacun des territoires et au niveau national à alimenter les diagnostics partagés dans le champ de la santé mentale, de l'addictologie, de l'hébergement et du logement. Il contribuera à enrichir les réflexions menées par les pouvoirs publics et les acteurs des champs concernés sur leurs pratiques respectives.

### 8.2.2. Gestion du dispositif

L'organisme gestionnaire d'un dispositif d'appartements de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord », régi par l'article D. 312-154-2, est un groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS). Il ne peut avoir d'autre objet pendant les trois années suivant sa création, et doit comporter au moins un organisme relevant de chacune des catégories mentionnées aux a) à c) ci-après :

« a) un établissement de santé assurant des soins psychiatriques, disposant notamment d'une équipe mobile de psychiatrie à destination des personnes en situation de précarité,

---

<sup>21</sup> Le comité sera composé de représentants des structures suivantes œuvrant dans le champ concerné : Administrations centrales, CNAM, gestionnaire du dispositif des différents sites, fédérations nationales, personnes qualifiées, IRESP et équipes de recherche, Anesm, CNSA, (liste non exhaustive)

« b) une personne morale agréée, d'une part, au titre des activités d'ingénierie sociale, financière et technique mentionnées au b) et au d) du 2° de l'article R. 365-1 du code de la construction et de l'habitat et, d'autre part, au titre des activités de location en vue de la sous-location prévues au a) du 3° du même article, ou une personne morale dispensée de ces agréments,

« c) un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ou un établissement de santé assurant une prise en charge en addictologie.

L'organisme gestionnaire conclut, à moins qu'ils ne figurent parmi ses membres, une convention de coopération avec :

« d) un établissement de santé assurant des soins somatiques et disposant d'une permanence d'accès aux soins de santé,

« e) un organisme dont l'un des objets est la lutte contre les exclusions, l'insertion ou le logement des personnes défavorisées,

« f) un organisme représentant des usagers en santé mentale,

« g) un organisme représentant des personnes dépourvues de logement.

L'organisme gestionnaire sera autorisé pour une capacité d'au moins 55 places qui ne sont pas sécables sur le territoire exception faite de la Corse. Deux modèles sont proposés

- Les grandes métropoles pourront déployer un modèle à 100 places
- Les autres territoires pourront déployer un modèle à 55 places soit sur une grande ville ou ville moyenne soit sur un territoire départemental ou infra départemental permettant de couvrir des zones rurales isolées ou enclavées en s'étendant sur plusieurs bassins de vie.

Il est recommandé de privilégier dans la constitution du groupement trois organismes différents même si un des organismes gère déjà en son sein plusieurs des compétences mentionnées aux points a) b) et c).

### **8.2.3. Gouvernance par le gestionnaire**

Afin de viser au décloisonnement sur le territoire des différents secteurs de la santé, de l'addictologie, du logement et de l'action sociale, la convention constitutive du GCSMS devra proposer une participation équilibrée de l'ensemble de ses membres.

La gouvernance visera :

- La fluidité dans les circuits de décision afin de permettre une réactivité dans la gestion du service,
- L'horizontalité dans les processus de décision valorisant les démarches collaboratives avec l'ensemble des parties prenantes dont les membres des équipes et les personnes accueillies.

Une mutualisation des compétences et des moyens sera recherchée, afin de favoriser la transmission des pratiques innovantes mises en œuvre au sein du dispositif « Un Chez-soi d'abord » vers les autres services des structures membres du GCSMS.

Le gestionnaire du dispositif devra :

- Proposer un organigramme clair, facilitant pour les personnes accueillies, leur utilisation des services d'accompagnement et si elles le souhaitent, leur investissement dans les instances décisionnelles du groupement,
- Participer sur le territoire à la diffusion des pratiques innovantes en lien avec les personnes accueillies. Il veillera à faire appliquer les textes de référence en matière de rétribution des personnes lorsqu'elles interviendront (formation, colloque, hors de la fonction de représentation, ...).

### **8.3.Modalités d'orientation des publics**

Une information sur les modalités d'orientation vers le dispositif (circuit, critères, public) sera apportée par le gestionnaire, aux structures pouvant rencontrer le public concerné avec notamment en territoire rural les CCAS, les élus des collectivités territoriales et les élus des caisses de la MSA.

#### **8.3.1. Structures**

Les personnes pourront être orientées par des structures déterminées *à priori* et dites « équipes d'orientation ».

Ces structures sont, comme notifié au l'article D. 312-154-1. du CASF :

- Soit une équipe mobile de psychiatrie à destination des personnes en situation de précarité ou une permanence d'accès aux soins de santé comprenant en son sein un psychiatre, organisée en vertu des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 3221-4 du code de la santé publique,
- Soit un service médico-psychologique régional aménagé dans un établissement pénitentiaire en application de l'article R. 3221-5 du code de la santé publique,
- Soit un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, un centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue ou une structure participant au dispositif de veille sociale<sup>22</sup> prévu à l'article L. 345-2 du CASF, sous réserve, dans tous les cas, de l'avis conforme d'un psychiatre.

---

<sup>22</sup> Dont les structures d'accueil de jour

### 8.3.2. Circuit d'orientation

Sur le territoire, les équipes qui répondent aux critères ci-dessus et qui sont volontaires seront désignées comme « équipes d'orientation » par le gestionnaire après information à l'ARS et à la Ddets et Dreets ou DRIHL.

Le gestionnaire sera en charge de former au moins un réfèrent<sup>23</sup> au sein de chaque équipe d'orientation pour assurer l'orientation vers le dispositif « Un Chez-soi d'abord » des personnes qui répondent aux critères notifiés à D. 312-154-1. du CASF.

Le dossier de demande d'intégration dans le dispositif « Un chez-soi d'abord » sera envoyé à la structure gestionnaire. Un certificat médical attestant le diagnostic psychiatrique sera adressé à un médecin désigné par la structure gestionnaire<sup>24</sup>.

Une commission d'orientation sera constituée. Elle sera composée<sup>25</sup> d'un représentant de chacune des structures membres du GCSMS, un représentant de chaque équipe d'orientation et un représentant du SIAO. Elle examinera mensuellement lors de la période de montée en charge puis trimestriellement une fois cette période passée, la validité des dossiers de demande d'intégration.

Le gestionnaire informera la commission du nombre de places disponibles. Pour cela, il s'appuiera sur deux éléments :

- Le nombre de places d'accompagnement effectivement disponibles,
- La capacité de captation de logement sur le territoire lui permettant de proposer aux futurs entrants, un logement au plus tard dans les 8 semaines suivant leur intégration dans le dispositif.

L'orientation se fera selon l'ordre chronologique de réception de la demande et en fonction du nombre de places disponibles. Le refus d'une demande sera motivé par la commission à la personne et à l'équipe d'orientation. Si la situation de la personne le justifie, sa demande sera présentée lors de la commission suivante.

### 8.4. Admission dans le dispositif

La décision d'accueillir la personne déclarée admissible par la commission est confirmée par le directeur de l'organisme gestionnaire. La personne accueillie et son représentant légal, si celle-ci bénéficie d'une mesure de protection juridique, conclut alors :

---

<sup>23</sup>Des questionnaires permettant de déterminer l'éligibilité pour intégrer le dispositif seront adressés aux équipes d'orientation, ainsi que l'ensemble des documents à remettre aux personnes pour les informer de l'objectif du dispositif et ses modalités d'accueil, d'accompagnement et d'accès au logement.

<sup>24</sup>Ce médecin ne devra pas exercer pas au sein du dispositif pour éviter les effets de sélection à priori

<sup>25</sup>L'équipe pluridisciplinaire ne sera en aucun cas membre de la commission d'orientation

- Un contrat de prise en charge comportant les mentions prévues au VI de l'article D. 311 du CASF avec l'organisme gestionnaire. Ce contrat est conclu et prend effet, par dérogation au III du même article, au plus tard à la date d'effet du contrat de location ou de sous-location du logement.
- Un contrat de location ou de sous location de son logement avec l'organisme agréé au titre des activités de location, sous-location et membre du GCSMS, ou directement le cas échéant avec le bailleur.

## **8.5. Durée d'accompagnement et modalités de sortie du dispositif**

### **8.5.1. Volet logement**

Un contrat de location ou sous location est signé. Sa durée dépendra de la nature du bailleur (parc public ou privé). En cas de contrat de sous-location, le gestionnaire locatif visera à proposer un glissement du bail ou un logement en bail direct.

Les situations pouvant amener à terme à la rupture du bail selon les règles de droit classiquement applicables (par exemple le non-paiement réitéré de loyer, la dégradation des logements ou les troubles du voisinage, ...) feront l'objet d'une attention particulière par le gestionnaire du dispositif qui devra décrire les solutions adaptées prévues pour chaque situation, en particulier les mesures de prévention des expulsions ou de relogement. Le service de gestion locative sera en charge d'informer le locataire des procédures réglementaires concernant les situations décrites ci-dessus.

En cas de nécessité de relogement des personnes accueillies, le gestionnaire locatif pourra se rapprocher du Préfet afin que ces personnes puissent être reconnues comme prioritaires<sup>26</sup> au titre du PDALHPD, et prises en charge, le cas échéant, dans le cadre de la convention intercommunale d'attribution, qui définit pour chaque bailleur social un engagement annuel quantifié d'attribution de logements aux personnes connaissant des difficultés économiques et sociales.

### **8.5.2. Volet accompagnement**

Celui-ci repose sur le contrat de prise en charge qui sera réévalué au moins une fois par an.

La sortie de l'accompagnement est un processus qui se fera en concertation étroite entre la personne accueillie et le gestionnaire. Les critères suivants devront être examinés :

- Le reste à vivre (ratio loyer + charges/ressources) suffisant,
- Les possibilités de glissement du bail de sous-location ou l'accès à un logement en bail direct,

---

<sup>26</sup> Au titre de l'Art L 441-1 de la Loi du 27 Janvier 2017

- L'effectivité d'un réseau d'accompagnement dans le droit commun pour répondre aux besoins d'accompagnement sanitaire, sociaux, culturels et à la citoyenneté (dont l'insertion professionnelle),
- L'effectivité d'un réseau d'entraide formel ou informel - hors du réseau des professionnels médico-sociaux- (Groupe d'entraide mutuel (GEM), groupe d'auto-support, réseau familial ou amical, ...),
- Le souhait pour la personne de sortir du dispositif et/ou l'intégration dans son récit de cette possibilité,
- Une orientation adaptée choisie par/avec la personne si le logement proposé ne lui convient pas ou plus (maison relais, EHPAD, foyer logement...),
- L'absence de tout contact avec le gestionnaire, supérieure à six mois.

En cas de rupture volontaire de l'accompagnement par la personne (de manière explicite ou par la cessation de tout contact) ou de sa prise en charge par un autre établissement ou service sanitaire ou médico-social, elle conserve pendant six mois le droit d'être réintégrée à sa demande, sans délai et sans conclusion d'un nouveau contrat de prise en charge.

Lorsque le nombre de personnes dont le contrat de prise en charge est ainsi suspendu excède 10% de la capacité d'accompagnement, l'organisme gestionnaire en informe sans délai le directeur(trice) général(e) de l'Agence régionale de santé.

### **8.6. Projet d'établissement**

Le gestionnaire du dispositif établit un projet d'établissement qui définit ses objectifs, ses modalités d'organisation et de fonctionnement ainsi que les moyens mis en œuvre à l'exercice de ses missions. Il prévoit également les modalités d'établissement d'un programme annuel<sup>27</sup> de formation mis en œuvre à la création du dispositif ainsi que d'un plan de suivi et d'évaluation annuel.

Le gestionnaire du dispositif proposera un système d'information permettant aux équipes de mettre en place les modalités de fonctionnement décrites dans le chapitre 9 du présent cahier des charges (aller vers, travail en binôme, multi-référencement, etc...) et garantissant aux personnes accompagnées le respect du secret des informations les concernant. Tous ces éléments devront être en adéquation avec le modèle qui a fait l'objet de l'expérimentation, tout en y intégrant les spécificités liées aux partenariats et au territoire. Le logiciel HOPE et HOPE /GLA seront privilégiés sont choix antérieur du gestionnaire.

L'expérimentation ayant montré que certaines situations qualifiées de « complexes » peuvent amener à des ruptures d'accompagnement venant soit de l'équipe pluridisciplinaire soit de la personne elle-même (situation de violence par exemple), le projet d'établissement devra proposer des modalités de fonctionnement permettant de les

---

<sup>27</sup> Complémentaire au plan annuel de formation qui relève des obligations légales de l'employeur

recenser et d'apporter des solutions pour leur prévention et/ou leur résolution, voir acter de ruptures définitives d'accompagnement si la situation l'exige.

### **8.7. Mise en œuvre des droits des personnes accueillies**

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rappelle les droits fondamentaux que doivent garantir les établissements et services sociaux et médico-sociaux, et à ce titre, prévoit la mise en place de documents obligatoires, entre autre :

- Le livret d'accueil (article L. 311 4 du CASF) auquel sont annexés : la charte des droits et libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement (article L. 311-7 du CASF),
- Le document individuel de prise en charge ou de contrat de séjour (article L. 311-4 du CASF),
- Les modalités de participation des personnes accueillies (article L. 311-6 du CASF).

La personne pourra par ailleurs, à tout moment, saisir la personne qualifiée, instituée par l'article L. 311-5 du CASF.

Les modalités de mise en place des outils de la loi 2002-2 seront à préciser par la structure gestionnaire en tenant compte des spécificités du dispositif, tel que le contrat individuel de prise en charge<sup>28</sup> en lieu et place du contrat de séjour.

### **8.8. Partenariats**

Les appartements de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord » fonctionnent en étroite collaboration avec l'ensemble des acteurs de l'offre sanitaire, sociale, médico-sociale et de logement ainsi que les GEM, les collectifs d'usagers et les conseils locaux de santé mentale existant sur le territoire. Le développement du partenariat doit être proactif et le projet d'établissement doit prévoir les modalités d'organisation du partenariat. La liste des partenaires sera mise en annexe de ce projet et pourra être modifiée dans la durée.

Le gestionnaire développera notamment des liens avec :

- Les acteurs de la veille sociale et du secteur AHI (SIAO, structures de l'hébergement, équipes mobiles, etc...),
- Les structures de prise en charge de droit commun (structures de soins somatiques, psychiatrique dont structures de réadaptation psychosociale, en addictologie, services pénitencier d'insertion et de probation (SPIP) et service médical pénitencier régional (SMPR), services de suite et réadaptation (SSR) les services sociaux municipaux et départementaux et les centres communaux d'action sociale (CCAS), les services liés à l'emploi et la formation...),
- Les structures de logement (logement accompagné, bailleurs sociaux, ...),

---

<sup>28</sup> Il ne sera pas signé de contrat de séjour car les personnes ne sont pas sur une modalité de « séjour » mais elles sont à leur domicile ; le document individuel de prise en charge sera signé par les deux parties et sera donc dénommé « contrat »

- Les collectifs d'usagers de la santé mentale ou de personnes accompagnées (GEM, groupes d'auto-support, comité régional des personnes accueillies (CRPA), ...),
- Les conseils locaux de santé mentale,
- Les services de protection pour majeurs,
- Les organismes de l'accès aux droits et aux prestations (CPAM, CAF, MSA...),
- Les Centres communaux d'action sociale (CCAS)
- Tout autre partenaire institutionnel, ou associatif opportun pour l'accompagnement de la personne.

### 8.9. Ressources humaines

Les missions des appartements mentionnés à l'article D. 312-154-3 du CASF sont assurées par une équipe pluridisciplinaire comportant, outre son directeur, au moins :

« - un cadre coordinateur d'équipe disposant des qualifications prévues à l'article D.312-176-7 du CASF ou à l'article D. 312-176-8 du CASF,

« - un infirmier,

« - un intervenant compétent en addictologie,

« - un médecin généraliste, qui, sauf si la personne accompagnée en dispose autrement, est réputé désigné par elle comme son médecin traitant pour l'application de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale,

« - un médecin psychiatre qui a pour responsabilité la coordination médicale,

« - un médiateur de santé-pair dont l'expérience de recours aux soins en santé mentale en tant qu'utilisateur est complétée soit par une certification au moins de niveau II enregistrée au répertoire national prévu à l'article L. 335-6 du code de l'éducation, soit par une validation des acquis personnels dans les conditions déterminées par les articles D. 613-38 et suivants du même code en vue de l'accès à une telle certification, sous réserve d'un engagement à obtenir celle-ci dans un délai de cinq ans à compter du recrutement, soit, sous réserve de l'avis favorable du médecin psychiatre de l'équipe, par toute autre formation en santé mentale,

« - une personne en charge de la recherche des logements et de l'intermédiation locative rémunérée par l'organisme mentionné au b) du I de l'article D. 312-154-2 du CASF,

« - un travailleur social,

Les membres de l'équipe pluridisciplinaire peuvent être salariés de l'organisme gestionnaire, d'un de ses membres, ou d'un des organismes avec lesquels il a conclu une convention de coopération, ou encore exercer à titre libéral dans le cadre d'une convention conclue avec lui.

Il est possible d'intégrer dans l'équipe d'autres professions issues du secteur social ou médico-social, notamment des psychologues ou des conseiller (ère) s d'insertion professionnelle.

### 8.9.1. Montée en charge du dispositif

Elle se fera sauf difficultés particulières sur trois ans, avec en année N la réponse à l'AAP et le début de l'activité, puis en année N+1 50% des personnes accueillies et 100% en année N+2.

Le rythme de montée en charge sera suivi étroitement notamment sur les deux premières années par l'ARS, les services déconcentrés de l'Etat et la Dihal afin de proposer si nécessaire des mesures correctives.

L'année N+1, le gestionnaire devra proposer pour le modèle à 100 places un effectif d'au moins 7 équivalents temps plein (ETP) et pour le modèle à 55 places un effectif d'au moins 5 ETP permettant d'assurer l'ensemble des missions tout en respectant la pluridisciplinarité et la couverture h24 et 7 jours sur 7, notamment par une permanence téléphonique.

Sur le volet logement, le gestionnaire devra proposer sur les deux premières années une organisation permettant la captation rapide sur le territoire des logements, dont la moitié sur la première année avec au moins un ETP sur la gestion locative adaptée, ainsi qu'une organisation permettant une réactivité dans la maintenance des logements.

L'année N+2, l'effectif complet sera atteint et la structure gestionnaire devra :

- Respecter le modèle de suivi intensif qui prévoit au moins 11 ETP sur le modèle à 100 places et au moins 6 ETP sur le modèle à 55 places pour le suivi en lien direct avec les personnes accueillies, hors poste de coordination et administratif,
- Mettre en place une organisation permettant la captation, le suivi des impayés, de la vacance et des réparations,
- Proposer un organigramme et une répartition des personnels par type et catégorie professionnelle. Concernant les travailleurs sociaux et infirmiers, il sera privilégié des postes à temps plein. Concernant les médiateurs de santé pair ils seront au moins deux au sein de l'équipe.

### 8.9.2. Volet administration

Le volet administratif aura en charge :

- La gestion des ressources humaines,
- Le secrétariat,
- La gestion de la comptabilité et du budget,
- La direction du dispositif.

Les postes administratifs seront répartis de façon paritaire sur les deux dotations budgétaires. Cela représente entre 1,5 et 2,5 ETP, qui pourront être utilisés à l'embauche directe, ou au paiement d'une mise à disposition ou d'un service externalisé.

### **8.10. Formation**

Le gestionnaire devra proposer un programme de formation annualisé comportant les éléments suivants :

- Une sensibilisation, sous la coordination de la Dihal, des directions et des équipes (en particulier si elles orientent des personnes vers le dispositif) des opérateurs du groupement et des acteurs institutionnels aux principes du dispositif décrit au § 5 du présent document et aux problématiques spécifiques du public accueilli et à l'évaluation,
- Une formation initiale à destination de tous les personnels du dispositif délivrés dans les 6 mois de leur embauche ainsi que des immersions sur un autre site du Un chez-soi d'abord ayant déjà une pratique affirmée,
- Un programme de formation continue établi à partir des évaluations régulières des besoins en formation, permettant aux équipes d'assurer un accompagnement de qualité et respectant les recommandations de bonnes pratiques professionnelles,
- Des temps de travail d'équipe et de réflexion sur les pratiques (staff-day, temps de supervision, analyse de pratique, échange entre pairs, focus groupe...),
- Des rencontres inter-sites annuelles,
- Le dispositif sera aussi un lieu de formation de professionnels ou futurs professionnels et accueillera des stagiaires en travail social, infirmier, interne en médecine et psychiatrie. Il développera des liens avec l'université et les écoles de formation des champs concernés,
- Des modules de formation pourront être communs aux professionnels des équipes et aux personnes accueillies. Ils porteront en particulier sur les thèmes suivants : la iatrogénie des traitements en particulier des psychotropes, la santé des personnes à la rue, les complications des addictions, etc..., le repérage de l'ensemble des structures médicales, sociales et médicosociales existant sur le territoire et sur leurs missions afin de viser à une utilisation rationnelle des services.

### **8.11. Budget**

Le financement du dispositif relève de l'ONDAM médico-social pour les personnes confrontées à des difficultés spécifiques (ONDAM PDS) et de crédits provenant du programme 177 « prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables » (BOP 177) mobilisés dans le cadre de l'intermédiation locative (IML).

L'enveloppe ONDAM PDS couvre :

- Le budget des personnels affectés à l'accompagnement médical et médico-social
- Les frais engagés pour l'accompagnement,

- Exceptionnellement, les dépenses des locataires concernant les besoins de base ou les frais de petits soins<sup>29</sup> (hors hospitalisation ou consultation) le temps de l'ouverture des droits et de l'accès à des ressources.

L'enveloppe relevant du programme 177 «prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables» couvre :

- Le budget des personnels affectés au volet logement et à l'accompagnement à l'habitat,
- L'ensemble des frais pris en charge dans le cadre de l'IML :
  - o Des réparations et la remise en état des appartements lors de déménagements et réaménagements
  - o De la vacance de logement, nécessaire au respect du décret et du cahier des charges
  - o Des impayés de loyer
  - o Du forfait pour l'aménagement d'un logement.
  - o Et exceptionnellement dans le cadre de la sous-location, du paiement des fluides
- Les compléments de loyer pour les personnes dont le résiduel de loyer dépasse 30% de leurs ressources.

Les frais couverts par les deux dotations selon des clés de répartition sont :

- La formation,
- Les locaux dédiés au fonctionnement du dispositif,
- Les frais de fonctionnement du groupement,
- Le personnel administratif et de coordination,
- Les véhicules : location et fonctionnement,
- Les frais de déplacement y compris pour les personnes accueillies.

Les recettes dont peut bénéficier le dispositif proviennent :

- De la dotation globale de financement,
- De co-financements éventuels.

L'ensemble des prestations sociales et de santé, effectuées dans le cadre de prestations extérieures feront l'objet de prise en charge de droit commun.

A noter qu'aucun forfait journalier ne sera demandé aux personnes accueillies.

## **8.12. Suivi et évaluation**

Le gestionnaire sera en charge de proposer un plan de suivi et d'évaluation :

- Répondant au protocole d'évaluation national, qui permettra de vérifier l'effectivité du dispositif, de repérer les personnes pour lesquelles le modèle n'est pas adapté, de viser à l'amélioration continue de la qualité des services, de communiquer sur la pertinence et la performance du dispositif.

---

<sup>29</sup> Cela peut recouvrir les spécialités pharmaceutiques non remboursées par l'assurance maladie.

Le plan annuel de suivi et d'évaluation du dispositif devra durant la phase de montée en charge et plus avant :

- S'appuyer sur les éléments relatifs aux évaluations de la qualité conformément aux dispositions des articles L. 312 -8 et D. 312-98 à 205 du CASF,
- Prendre en compte les éléments renseignés dans le rapport d'activité et le compte administratif envoyé chaque année à l'ARS conformément à l'article R. 314-50 du CASF avant le 30 avril. Il décrira l'activité et le fonctionnement du dispositif pour l'année concernée,
- Prendre en comptes les éléments<sup>30</sup> adressés chaque année à la Ddets ou la Drets
- Fournir des informations anonymisées relatives aux personnes accueillies et à leur accompagnement, dont la liste fait l'objet d'une requête spécifique sur le logiciel HOPE et HOPE/GLA et d'un rapport d'activité standardisé qui sera disponible dès janvier 2024,
- Présenter des informations relatives à la satisfaction des personnes accueillies,
- S'assurer du respect du cahier des charges et plus globalement de la fidélité au modèle en référence au guide d'implantation et de mise en œuvre.

### **8.13. Modalités de sélection des projets à partir de 2018**

En amont du lancement de la procédure les services de l'ARS et de l'Etat devront conjointement faciliter localement la concertation large des acteurs afin de déterminer les besoins et cibler le territoire d'intervention.

Les besoins annuels sont remontés lors des dialogues de gestion entre les ARS et le niveau central. Chaque dispositif créé aura une montée en charge sur trois ans.

Le Directeur(trice) général(e) de l'ARS lance un appel à projet régional qui visera soit le département soit un territoire particulier au regard des besoins évalués.

La sélection des projets respecte les étapes réglementaires de la procédure d'appel à projet du secteur médico-social.

La Dihal est présente aux commissions régionales de sélection des appels à projet du secteur médico-social avec avis consultatif.

---

<sup>30</sup>le dossier CERFA n° 12156\*05 de demande de subvention pour l'année N  
le dossier CERFA n°15059\*01 de compte rendu financier de la subvention perçue l'année N-1  
le rapport d'activité de l'action

#### **8.14. Situation particulière de la Corse**

Il est reconnu la spécificité du territoire de la Corse quant à la géographie, la démographie et l'offre sanitaire et sociale.

Le modèle à 55 places pourra être déployé sur l'ensemble du territoire Corse avec une exception quant à la notion de dispositif « non sécable en sous-unités sur un territoire » ; Ainsi deux zones territoriales distinctes avec des extensions sur des bassins de population enclavés pourront être proposés tout en maintenant une gouvernance (un seul GCSMS) et un management unique du dispositif (un directeur) et des regroupements réguliers sur la semaine de l'ensemble de l'équipe avec pour le reste du temps l'utilisation de moyens de communication par visioconférence ou autre selon les besoins.

### **9. Missions et activités du dispositif**

Le dispositif d'appartements de coordination thérapeutique « Un Chez-soi d'abord » fonctionne sans interruption H24 et 7 jours sur 7, notamment par la mise en place d'une permanence téléphonique à destination des personnes accueillies.

#### **9.1. Organisation**

Le gestionnaire du dispositif devra mettre en place deux pôles d'activité :

- Un pôle d'activité logement qui assurera des missions de captation, de gestion locative et d'accompagnement au logement,
- Un pôle d'activité accompagnement médical et médico-social qui assurera des missions d'accompagnement aux droits, aux soins, à l'habitat et à la citoyenneté.

#### **9.2. Modalités générales d'accompagnement**

L'accompagnement est assuré par une équipe pluridisciplinaire qui propose un accompagnement intensif avec au moins une visite par semaine au domicile ou dans tout lieu choisi par la personne dans le cadre de services orientés rétablissement et offrant un large panel de prestations.

L'intensivité se traduit par le rythme des rencontres et par un soutien continu et bienveillant. L'accompagnement est ainsi maintenu quel que soit le parcours résidentiel de la personne, y compris lors des hospitalisations ou incarcération, afin de réduire les ruptures et d'inscrire le dispositif dans une logique de parcours de santé et de vie en lien avec l'ensemble des aidants désignés par la personne et s'appuyant autant que de besoin sur les services proposés dans le milieu ordinaire pour favoriser l'inclusion sociale et la citoyenneté.

L'ensemble des axes d'accompagnement concourent au processus de rétablissement. Les professionnels doivent être particulièrement attentifs aux conditions réelles d'existence des personnes. Il s'agit de travailler avec elles sur leurs capacités d'agir sur le monde tel qu'il est.

Le processus de rétablissement est éminemment individuel mais il s'agira d'identifier au cas par cas les éléments de risque qui le freinent et les supports de protection qui le favorisent.

Sera proposé un accompagnement :

- Individualisé réalisé dans le milieu de vie de la personne par des professionnels travaillant préférentiellement en multi-référence et en binôme,
- S'appuyant sur les choix des personnes et permettant le principe de réversibilité selon la méthode de l'essai/erreur,
- Qui propose une réactivité dans les interventions proposées et visant à synchroniser les attentes individuelles des personnes et les possibilités de réponse institutionnelle,
- Par une équipe pluridisciplinaire ayant un management collaboratif horizontal et qui intervient comme catalyseur des forces et potentiels de la personne et veille à la parfaite compréhension des informations apportées aux personnes accueillies,
- Qui garantit le respect du droit à une vie privée et familiale des personnes accueillies.

Les personnes doivent pouvoir participer de manière proactive, si elles le souhaitent, à toutes les instances de décision et de concertation qui les concernent.

Un « *plan individualisé de rétablissement*<sup>31</sup> » sera élaboré avec chaque personne. Ce plan co-construit avec elle définit ses objectifs en termes de soins et d'inclusion sociale<sup>32</sup>, ainsi que les moyens mis en œuvre pour les atteindre. Ce plan devra s'appuyer sur l'ensemble des forces et des compétences de la personne, les enseignements de la phase d'expérimentation et sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS concernant « les attentes de la personne et le projet individualisé ».

### **9.3. Accueil individualisé**

Celui-ci visera dès l'entrée de la personne dans le dispositif :

- A l'informer de l'ensemble des prestations et des modalités de fonctionnement de celui-ci. A cet effet, l'ensemble des documents garantissant la mise en œuvre de ses droits à la participation individuelle devront lui être remis (livret d'accueil, charte des droits et libertés, règlement de fonctionnement et document individuel de

---

<sup>31</sup>Il s'agit du plan personnalisé qui est ici dénommé plan individualisé de rétablissement

<sup>32</sup>Il portera notamment sur la vie citoyenne, le logement et l'accès à l'emploi ou l'activité et les loisirs,

prise en charge). Il lui sera laissé le choix du lieu et du rythme des premières rencontres et de la possibilité de venir avec une personne de son choix,

- A identifier ses compétences, forces et potentialités et ses souhaits et attentes vis-à-vis du dispositif,
- A faire avec elle une première évaluation de ses droits selon les trois axes que sont l'information, l'exercice du droit et le recours aux droits, tout en respectant sa volonté de faire valoir ou non ce droit,
- A proposer une évaluation de ses besoins concernant l'accompagnement.

#### 9.4. Pôle d'activité logement

Celui-ci, sous la responsabilité du gestionnaire locatif, proposera un accès dans un logement et mettra en œuvre des mesures visant à la prévention des ruptures et au maintien dans le logement en partenariat étroit avec les autres acteurs de l'habitat sur le territoire.

Pour l'entrée de la personne dans le logement, le pôle d'activité logement devra :

- Déterminer avec elle ses choix de logement en diffus dans la cité,
- Proposer au moins un logement correspondant à ses choix<sup>33</sup> dans les 8 semaines suivant son intégration. Si celui-ci ne convient pas, un autre logement devra être proposé,
- Souscrire un bail de location ou sous location qui sera signé entre la personne et le gestionnaire locatif (dispositif d'intermédiation locative), ou le cas échéant directement avec le bailleur,
- S'assurer de la bonne installation de la personne dans son logement : premier ameublement fourni selon les choix de la personne, accès aux fluides, etc...,
- S'assurer que le résiduel de loyer dû par la personne ne dépasse pas 30% de ses ressources,
- Ouvrir les droits à l'allocation personnalisée au logement.

Dans la suite de l'emménagement le pôle d'activité logement en lien avec l'équipe pluridisciplinaire devra :

- Assurer la gestion locative (et en particulier les modalités de paiement des loyers adaptées à la situation du locataire) et les liens avec le propriétaire,
- Assurer une prévention et gestion des risques locatifs (impayés de loyer, troubles du voisinage, dégradation ou non entretien...),
- Proposer un relogement si nécessaire (changement de situation, problème de voisinage, autre...) selon le respect du choix de la personne,

---

<sup>33</sup> Suivant les territoires et les possibilités de captation, un logement est proposé au choix du futur locataire dans un panel d'au moins trois logements déjà captés par le gestionnaire ou les logements sont recherchés au fur et à mesure en fonction des choix du locataire.

- Garantir les droits de la personne locataire auprès du propriétaire,
- Accompagner vers le glissement de bail, dans le cas d'un contrat de sous location ou vers un bail direct sur un autre appartement si le glissement de bail ne s'avère pas possible.

Il ne devra pas y avoir dans un immeuble plus de 20% des appartements dédiés aux locataires du dispositif d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord ».

## **9.5.Pôle d'activité accompagnement médical et médico-social**

### **9.5.1. Accompagnement à l'habitat et à la vie quotidienne**

L'équipe pluridisciplinaire travaillera en lien étroit avec le pôle d'activité logement pour co-construire avec la personne son projet logement.

L'accompagnement dans ce cadre porte sur :

- L'aménagement et l'appropriation de son logement,
- L'entretien,
- Le maintien dans le logement,
- La médiation avec l'environnement.

Il consistera en un apport d'information, un accompagnement direct qui sera évalué au cas par cas, et enfin un renforcement des compétences individuelles (respect de la dignité, réappropriation du quotidien et lutte contre la stigmatisation).

Un focus sur les points suivants sera proposé :

- Connaître l'ensemble des ressources disponibles du quartier tant pour les besoins de base que pour la vie culturelle et citoyenne,
- Connaître les rôles et missions des différents acteurs sociaux et sanitaires du droit commun et les savoir les identifier sur le territoire,
- Identifier les associations d'entre-aide et leurs activités,

Les professionnels devront :

- Evaluer la nécessité d'accompagnement de la personne dans les démarches, l'accès aux ressources financières, la gestion budgétaire et le renouvellement des droits,
- Evaluer ses besoins de déplacement pour l'accès aux différents services.

### 9.5.2. Accompagnement à la santé

Sur le volet de la santé, l'équipe intervient dans un objectif général de promotion de la santé physique et mentale. Pour cela, elle peut mobiliser les différentes dimensions qui vont du « prendre soin » au « soin » lui-même. Elle accompagne la personne à l'accès aux soins et vise à leur continuité tant sur le volet somatique que psychique, à la prévention, au dépistage et à la réduction des risques et des dommages. Une attention particulière sera portée à la question de la souffrance psychique.

L'équipe travaille en pluridisciplinarité et chaque professionnel participe à l'amélioration du bien-être de la personne. Les soins devront participer à l'objectif global du rétablissement, plaçant la personne comme actrice et experte de son propre parcours de santé.

La question du respect de la dignité de la personne, des limites de chaque professionnel face aux situations critiques, des refus de soin et d'absence de demande de soin seront envisagés dans des espaces de réflexion réguliers.

L'accompagnement par les médiateurs de santé pair sera valorisé ainsi que l'échange entre pairs y compris hors du dispositif (GEM par exemple).

Sur les dimensions du bien-être et de la prise en compte de la souffrance psychique, l'équipe sera particulièrement vigilante aux situations de changement (déménagements, emploi, situation familiale ou amicale, ...).

Il s'agit in fine de permettre à la personne d'utiliser les structures du droit commun disponibles sur le territoire (CMP, consultations libérales, centre de réhabilitation etc...). L'accompagnement par les professionnels du dispositif se fera en substitution ou en complémentarité avec le droit commun en tenant compte du choix de la personne, de l'évaluation de ses besoins d'accompagnement et de son état de santé. Ces deux modalités ne sont pas opposables et il existe un gradient entre les deux selon les moments du parcours de la personne. Il sera nécessaire avec l'accord et la participation de la personne de maintenir une coopération entre les différents acteurs participant à son parcours de santé.

L'accompagnement à la santé porte sur :

- Le soin et l'accompagnement aux soins : Les prestations apportées recouvrent le diagnostic, les prescriptions, la délivrance de traitement, les gestes infirmiers, l'accompagnement vers les consultations du droit commun, le suivi et la coordination des soins. Une évaluation médicale sera proposée mais en aucun cas imposée dans les premiers mois où la personne intègre le dispositif. Le médecin généraliste présent au sein de l'équipe pluridisciplinaire peut être, si nécessaire, médecin traitant de la personne.
- L'éducation à la santé, l'information, la prévention et le dépistage : cela concerne l'ensemble des champs avec en particulier un focus sur les traitements psychotropes et leurs effets secondaires, le suivi des pathologies chroniques, la réduction des risques et des dommages, les vaccinations et le dépistage proposé en population générale ou selon les besoins spécifiques.

### **9.5.3. Accompagnement à la vie relationnelle**

L'équipe veillera à repérer les situations d'isolement, à les évaluer et à analyser leurs causes avec la personne. Il sera proposé si nécessaire un soutien pour développer ou maintenir des relations sociales épanouissantes, y compris dans le cadre de temps collectifs internes au dispositif ou sur d'autres lieux du droit commun (maison de quartier, GEM, etc...) afin de soutenir par ces rencontres le vivre ensemble. L'équipe pluridisciplinaire en lien avec la personne repèrera les personnes ressources et les aidants familiaux ou amicaux.

Une attention particulière sera portée au repérage des situations de vulnérabilité ou de violences subies ou agies par la personne et de non-respect de ses droits fondamentaux mais aussi de ses devoirs.

### **9.5.4. Accompagnement à l'emploi, la formation**

Pour soutenir les projets d'insertion professionnelle, un recueil des besoins en formation et d'accès à l'emploi en milieu ordinaire ou protégé sera systématiquement proposé ainsi qu'un accompagnement si nécessaire, en tenant compte du parcours antérieur de chaque personne, de ses expériences professionnelles et compétences acquises.

### **9.5.5. Accompagnement aux activités culturelles, citoyennes et de loisir**

Il s'agit pour les équipes de susciter le désir et d'encourager la personne à aller vers des activités enrichissantes favorisant l'inclusion sociale.

L'équipe sera force de proposition sur un large choix d'activités disponibles dans la cité. Il s'agit d'ouvrir le champ des possibles et d'accompagner la personne à renouer avec des éléments de plaisir et d'espoir d'une vie satisfaisante selon ses propres critères.

### **9.5.6. Accompagnement à la sortie du dispositif**

Comme indiqué dans le chapitre 8.5 du présent cahier des charges, la sortie du dispositif repose sur l'examen avec la personne d'un certain nombre de critères. Il n'y a pas de durée prévisionnelle à l'accompagnement mais sa pertinence devra être réévaluée au moins une fois par an avec la personne. Lors de la sortie, l'équipe informera les acteurs participant à l'accompagnement sauf si la personne s'y oppose.

### **9.5.7. Spécificités des dispositifs en zone rurale**

L'accompagnement s'appuiera sur des pôles ressources dont les acteurs devront être fortement acculturés aux principes et valeurs sociales du dispositif. Cette formation/sensibilisation devra être conduite lors de la phase de diagnostic et tout au long de la montée en charge et plus largement lors des changements dans les équipes des pôles ressources.

L'organisation de l'agenda de l'équipe devra être précise et rigoureuse pour optimiser les temps de déplacement des professionnels, avec une adaptation des outils opérationnels aux contraintes locales comme par exemple la réunion du matin avec l'utilisation d'outils nomades et de visio-conférences, etc. Il sera de plus proposé de s'appuyer sur des partenaires extérieurs (issus des pôles ressources) pour assurer des visites à domicile en commun afin de maintenir celles-ci en binôme. Les formations, supervisions ou analyses de pratiques pourront être ouvertes à ces partenaires pour poursuivre en continue l'acculturation aux valeurs et outils du dispositif.

La coordination sera nécessaire sur deux niveaux (1) à l'échelle des partenaires et du territoire (départemental et local suivant le nombre de pôle ressource) et (2) à l'échelle des professionnels de l'équipe pour l'organisation du travail en interne mais aussi en lien avec les acteurs du territoire (institutionnels ou libéraux) qui participent concrètement au visites à domicile.

L'équipe veillera à l'accessibilité des services en facilitant la mobilité des personnes (taxis sociaux par exemple).

•

• •

Annexe 15 : Annexe tarifaire

Identification de l'ESMS								Validation de la base initiale au 01/01/2023				Arbitrer l'actualisation			Redéploiement (Transfert pérenne de crédits, inscrire +/-)										
Région	Département	Commune d'implantation	Finess ET (Etablissement)	Raison sociale de l'ESMS	Finess EJ (Association gestionnaire)	Raison sociale du gestionnaire	Catégorie de structure	Capacité installée / File active au 01/01/2023	Capacité installée / File active installée en N	Capacité installée / File active au 31/12/2023	Base budgétaire reductible au 31/12/2022 (€)	Opération de fongibilité	Effet année pleine 2023 des mesures nouvelles 2022	Base reductible au 01/01/2023	Détermination du taux d'actualisation	Crédits d'actualisation (€)	Total base reductible (01/01/19) + actualisation	(8)	ACT	ACT "hors les murs"	Structures d'addictologie	LHSS	LHSS pédiatrique		
								(a)	(b)	[(c) = (a)+(b)]	(1)	(2)	(3)	[(4) = (1)+(2)+(3)]	(5)	[(6) = (4)*(5)]	[(7) = (4)+(6)]	(8)	(9)	(10)	(12)	(14)	(15)		
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €	0 €								
								0		0				0 €		0 €</									





## ANNEXE 8

Suivi des enveloppes	
Ressources 2022 (DRL au 01/01/23)	77 140 776 €
Ressources 2023 (DRL au 01/09/23)	85 985 857 €
Emplois 2023	0 €
Taux consommation 2023	0,0%
Ecart 2023	85 985 857 €
Niveau de disponibilité budgétaire 2022	77 140 777 €
Niveau de disponibilité budgétaire 2023	85 040 606 €

!!! VEUILLEZ SELECTIONNER VOTRE REGION ICI

Région: AUVERGNE RHONE-ALPES

Enquête tarifaire 2023 - Secteur personnes en difficultés spécifiques -

Libellés	Crédits disponibles au début de la campagne 2023				Crédits délégués au cours de la campagne 2023	Crédits disponibles à la fin de la campagne 2023		
	Ressources 2022	Notification 2022	Transferts rubriques	Ressources 2023		Disponible 2023	Transferts rubriques	Ressources 2023
<b>Validation de la base au 01/01/2023</b>								
Bases au 31/12/2022	77 140 777 €			77 140 777 €	0 €	77 140 777 €	3 474 879 €	80 615 656 €
Transferts d'enveloppe (fongibilité)		0 €		0 €	0 €	0 €		0 €
Extension année pleine 2023 des installations 2022		3 474 879 €		3 474 879 €	0 €	3 474 879 €	-3 474 879 €	0 €
<b>Actualisation</b>		<b>1 644 559 €</b>		<b>1 644 559 €</b>	<b>0 €</b>	<b>1 644 559 €</b>		<b>1 644 559 €</b>
<b>Mesures nouvelles</b>		<b>2 780 391 €</b>		<b>3 725 644 €</b>	<b>0 €</b>	<b>2 780 391 €</b>	<b>0 €</b>	<b>2 780 391 €</b>
Redéploiement				0 €	0 €	0 €		0 €
ACT		254 345 €		254 345 €	0 €	254 345 €		254 345 €
ACT "hors les murs"		235 620 €		235 620 €	0 €	235 620 €		235 620 €
Addictologie		495 767 €		495 767 €	0 €	495 767 €		495 767 €
LHSS		0 €		0 €	0 €	0 €		0 €
LAM		0 €		0 €	0 €	0 €		0 €
Un chez-soi d'abord		412 500 €		412 500 €	0 €	412 500 €		412 500 €
EMSP		1 107 160 €		1 107 160 €	0 €	1 107 160 €		1 107 160 €
ESSIP		274 999 €		274 999 €	0 €	274 999 €		274 999 €
Autres mesures YC revalorisation salariale		945 253 €		945 253 €	0 €	945 253 €		945 253 €
<b>Mesures non reductibles</b>					<b>0 €</b>			
Mise en réserve temporaire					0 €			
Formation					0 €			
Gratification stagiaires / Emploi d'avenir					0 €			
Dépenses de personnel non pérennes					0 €			
coopération / contractualisation					0 €			
Frais d'installation / transfert					0 €			
Soutien à l'investissement					0 €			
Achat de matériel de RDRD					0 €			
Achat de médicaments					0 €			
Autres CNR					0 €			
Résultats					0 €			
<b>Total</b>	<b>77 140 777 €</b>	<b>7 899 829 €</b>	<b>0 €</b>	<b>85 985 859 €</b>	<b>0 €</b>	<b>85 040 606 €</b>	<b>0 €</b>	<b>85 040 606 €</b>
<b>Vérifications</b>	<b>-1 €</b>			<b>-2 €</b>	<b>0 €</b>			<b>0 €</b>

Commentaires								

## SUIVI DE LA TARIFICATION 2023 PAR DISPOSITIF

Dispositif	Capacité installée / File active installée en N	Base budgétaire reconductible au 31/12/2022 (€)	Opération de fongibilité	EAP 2023 des installations 2022	base reconductible au 01/01/2023	Crédits d'actualisation	Mesures nouvelles	Total CNR	Résultat	Dotation finale
ACT	0	0 €	0 €	0 €	0 €	0,00 €	0 €	0 €	0 €	0 €
ACT psy	0	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
ACT "hors les murs"	0	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Structure addictologie (CSAPA, CAARUD)	0	0	0	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
LAM	0	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
LHSS	0	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Un chez-soi d'abord	0	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
EMSP	0	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
ESSIP	0	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
LHSS pédiatrique	0	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Total	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

## PREPARATION TARIFICATION 2024 PAR DISPOSITIF

Dispositif	Pour rappel dotation finale 2023	Base budgétaire reconductible au 31/12/2023 (€)	Opération de fongibilité	Effet année pleine des mesures nouvelles 2023	base reconductible au 01/01/2024
ACT	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
ACT psy	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
ACT "hors les murs"	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Structure addictologie (CSAPA, CAARUD)	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
LAM	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
LHSS	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Un chez-soi d'abord	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Equipes mobiles précarité	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
SSIAD précarité	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
LHSS pédiatrique	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Total	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

## Annexe 16 : Recensement des prévisions d'installations 2023-2026

## Liste des actions de programmation et d'installation pour la période 2023-2026

Région	N° dpt	Département	Catégorie de public	Catégorie structure	Thématique	Nature opération	Mode de fonctionnement	Places	Procédure autorisation	Année d'autorisation prév.	Année d'installation prév.	Date installation prév. (jj/mm/aaaa)	Montant (année pleine)	Besoin CP N	Prev. EAP N+1	Nature env. N1	Nature env. N2	Notifié en (année de l'AE)	Notifié pour (année de CP)
				ACT		Création					2022	01/01/2022	1 000 000 €	1 000 000 €	0 €	Mesures Nouvelles			
				ACT Hors les murs		Extension					2022	01/03/2022	1 000 000 €	833 333 €	166 667 €	Redéploiement			
				ACT psy		Renforcement					2022	01/06/2022	1 000 000 €	583 333 €	416 667 €	Marge Gestion			
				CAARUD							2022	01/07/2022	1 000 000 €	500 000 €	500 000 €	Transfert			
				CSAPA ambu généraliste							2022	01/12/2022	1 000 000 €	83 333 €	916 667 €	Autres			
				CSAPA ambu spé Alcool															
				CSAPA ambu spé Drogues illicites															
				CSAPA hebgd - CTR															
				CSAPA hebgd - ATR															
				CSAPA hebgd - Réseau famille d'accueil															
				CSAPA hebgd - Communauté thérapeutique															
				Un chez soi d'abord															
				Un chez soi d'abord villes moyennes															

[Liste des actions de programmation et d'installation pour la période 2023-2026](#)

[Tableau de programmation consolidé par région des installations](#)

Région	Département	Catégorie structure	Thématique	Nature opération (Création ou extension)	Mode de fonctionnement	Prev. EAP 2024 sur créations 2023
		LAM				
		LHSS				
		LHS mobiles				
		<i>Dont LHSS de jour</i>				
		<i>Dont LHSS hors les murs</i>				
		EMSP				
		ESSIP				

**NOTA**

N'inscrire que les places installées pour lesquelles un financement est prévu.

Dupliquer les lignes pour créer une ligne par financement, si plusieurs natures de crédit pour un même dispositif pour une même année.

Privilégier la consommation des marges de gestion (crédits notifiés non consommés) avant d'impacter des mesures nouvelles.

Commentaires libres

Nature env EAP 2024 (Mesures nouvelles/redéploiement/marge gestion/ transfert/autre)	Places 2024 (ou nombre d'équipes pour les dispositifs mobiles)	Procédure autorisation	Année d'autorisation prév.	Places 2023	Besoin CP 2024	Prev. EAP 2025	Nature env CP 2024 (Mesures Nouvelles/redéploiement/marge gestion/ transfert/autre)	Nature env CP 2025 (Mesures nouvelles/redéploiement/marge gestion/ transfert/autre)	Places 2025 (ou nombre d'équipes pour les dispositifs mobiles)	Besoin CP 2025

Prev. EAP 2026	Nature env CP 2025 (Mesures nouvelles/ redéploiement/ marge gestion/ transfert/autre)	Nature env CP 2026 (Mesures nouvelles/ redéploiement/ marge gestion/ transfert/autre)	Notifié en (année de l'AE)	Notifié pour (Année de CP)	Places 2026 (ou nombre d'équipes pour les dispositifs mobiles)	Besoin CP 2026	Prev. EAP 2027	Nature env CP 2026 (Mesures nouvelles/redéploiement/marge gestion/ transfert/autre)	Nature env CP 2027 (Mesures nouvelles/redéploiement/ marge gestion/ transfert/autre)

Ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique  
Ministère de la santé et de la prévention

**Arrêté du 26 octobre 2023 portant nomination à l'Union nationale des professionnels de santé**

NOR : SPRS2330486A

Le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique et le ministre de la santé et de la prévention,

Vu le code de la sante publique ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 182-4, R. 182-3 et R. 182-3-3 ;

Vu la proposition du Syndicat des médecins libéraux,

Arrêtent :

Article 1<sup>er</sup>

Madame Sophie BAUER est nommée membre titulaire de l'Union nationale des professionnels de santé en remplacement de Monsieur William JOUBERT au titre des représentants du Syndicat des médecins libéraux et pour la période du mandat restant à courir.

Article 2

Madame Latifa MIQYASS est nommée membre suppléant de l'Union nationale des professionnels de santé en remplacement de Monsieur Philippe VERMESCH au titre des représentants du Syndicat des médecins libéraux et pour la période du mandat restant à courir.

Article 3

Le directeur de la sécurité sociale et la directrice générale de l'offre de soins 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 26 octobre 2023.

Pour le ministre de l'économie, des finances  
et de la souveraineté industrielle et numérique,  
par délégation :  
La cheffe de service, adjointe  
au directeur de la sécurité sociale,  
Delphine CHAMPETIER

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



**GOUVERNEMENT**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**INSTRUCTION INTERMINISTÉRIELLE N° DGCS/SD1B/DIPLP/2023/168** du 27 octobre 2023 relative à la mise en œuvre territoriale du Pacte national des solidarités à travers des pactes et des contrats locaux des solidarités conclus entre l'État et les métropoles pour les années 2024-2027

La ministre des solidarités et des familles  
La déléguée interministérielle à la prévention  
et à la lutte contre la pauvreté

à

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

Copie à :

Mesdames et Messieurs les commissaires à la lutte contre la pauvreté

Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux de l'économie,  
de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS)

Monsieur le directeur régional et interdépartemental de l'économie,  
de l'emploi, du travail et des solidarités (DRIEETS)

Mesdames et Messieurs les directeurs des directions départementales  
de l'emploi, du travail et des solidarités (DDETS)

Mesdames et Messieurs les directeurs des directions départementales de l'emploi,  
du travail, des solidarités et de la protection des populations (DDETSPP)

<b>Référence</b>	NOR : FAMA2328362J (numéro interne : 2023/168)
<b>Date de signature</b>	27/10/2023
<b>Emetteurs</b>	Ministère des solidarités et des familles Direction générale de la cohésion sociale Délégation interministérielle à la prévention et la lutte contre la pauvreté
<b>Objet</b>	Mise en œuvre territoriale du Pacte national des solidarités à travers des pactes et des contrats locaux des solidarités conclus entre l'État et les métropoles pour les années 2024-2027.
<b>Action à réaliser</b>	Pilotage de la démarche de contractualisation avec les métropoles dans le champ du Pacte des solidarités selon les modalités décrites dans cette instruction.
<b>Résultat attendu</b>	Sur les 4 axes définis dans le Pacte national des solidarités, poursuivre la démarche partenariale initiée par la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté avec les conventions d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi (CALPAE) pour renforcer

	la pauvreté et d'accès à l'emploi (CALPAE) pour renforcer la gouvernance contractuelle des politiques de solidarités à travers les alliances locales des solidarités et les pactes locaux des solidarités.
<b>Echéance</b>	Immédiate.
<b>Contacts utiles</b>	<p>Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté (DIPLP)          Laure BERTHINIER          Tél. : 01 40 56 42 84          Mél. : <a href="mailto:laure.berthinier@social.gouv.fr">laure.berthinier@social.gouv.fr</a></p> <p>Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)          Service des politiques sociales et médico-sociales          Sous-direction Inclusion sociale, de l'insertion et de la lutte contre la pauvreté          Bureau Accès aux droits, insertion et économie sociale et solidaire          Maria YOUSFI          Tél. : 06 64 29 01 26          Mél. : <a href="mailto:dgcs-strategiepauvrete@social.gouv.fr">dgcs-strategiepauvrete@social.gouv.fr</a></p> <p>Service des politiques d'appui          Sous-direction des affaires financières et de la modernisation          François PLANET          Tél. : 07 64 61 36 83          Mél. : <a href="mailto:DGCS-BOP-REGIONAUX-304@social.gouv.fr">DGCS-BOP-REGIONAUX-304@social.gouv.fr</a></p>
<b>Nombre de pages et annexes</b>	<p>11 pages et 10 annexes (69 pages)</p> <p>Annexe 1 : Référentiel de l'axe « Prévenir la pauvreté et lutter contre les inégalités dès l'enfance »</p> <p>Annexe 2 : Référentiel de l'axe « Amplifier la politique d'accès à l'emploi pour tous »</p> <p>Annexe 3 : Référentiel de l'axe « Accès aux droits essentiels »</p> <p>Annexe 4 : Référentiel de l'axe « Transition écologique solidaire »</p> <p>Annexe 5 : Cadrage administratif et financier des contrats locaux des solidarités</p> <p>Annexe 6 : Guide des indicateurs nationaux de la contractualisation 2024-2027</p> <p>Annexe 7 : Modèle de pacte local des solidarités</p> <p>Annexe 8 : Trame de contrat local des solidarités entre l'État et la Métropole</p> <p>Annexe 9 : Tableau des indicateurs nationaux de la contractualisation</p> <p>Annexe 10 : Tableaux financiers de la contractualisation</p>
<b>Résumé</b>	<p>Le Pacte des solidarités qui prend la suite de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, poursuit la démarche contractuelle menée pendant la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté avec les conseils départementaux et métropolitains. Des pactes locaux des solidarités se déploieront pour la période 2024-2027 à destination des départements et des métropoles. La présente instruction vise la contractualisation entre l'État et les métropoles. Cette contractualisation sera composée de 4 axes, sur le</p>

	même modèle que le Pacte des solidarités. Ces contrats locaux reposeront sur 4 principes : une pluriannualité de la convention, une adaptation aux territoires, un principe de responsabilisation et la garantie d'un effet accélérateur et multiplicateur. De nouvelles communautés d'agglomération/ communautés urbaines pourront rejoindre cette démarche contractuelle à partir de 2025 et 2026.
<b>Mention Outre-mer</b>	La présente instruction s'applique dans les territoires nommés à l'article 73 de la Constitution.
<b>Mots-clés</b>	Stratégie de prévention et lutte contre la pauvreté ; Pacte des solidarités ; contractualisation ; conseils métropolitains.
<b>Classement thématique</b>	Action sociale : exclusion
<b>Texte de référence</b>	Néant
<b>Circulaire / instruction abrogée</b>	Néant
<b>Circulaire / instruction modifiée</b>	Néant
<b>Rediffusion locale</b>	Néant
<b>Document opposable</b>	Oui
<b>Déposée sur le site Légifrance</b>	Non
<b>Publiée au BO</b>	Oui
<b>Date d'application</b>	Immédiate

Le Pacte des solidarités, présenté le 18 septembre 2023 par la Première ministre, prend la suite de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté pour la période 2024 à 2027.

Ce pacte entend approfondir la dynamique d'investissement social du précédent quinquennat.

Il repose sur quatre axes, chacun ancré dans l'un des grands chantiers du quinquennat : la prévention de la pauvreté dès le plus jeune âge et la lutte contre les inégalités dès l'enfance, l'amplification de la politique d'accès à l'emploi pour tous, la lutte contre la grande exclusion grâce à l'accès aux droits, et la construction d'une transition écologique solidaire.

Parce que la mobilisation croissante des compétences des collectivités et de leurs groupements est essentielle en matière de lutte contre la pauvreté, le Pacte des solidarités ambitionne de poursuivre la démarche partenariale initiée par la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté avec les conventions d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi (CALPAE), et renforcer la gouvernance contractuelle des politiques de solidarités à travers les alliances locales des solidarités et les pactes locaux des solidarités.

Ces nouveaux pactes locaux des solidarités s'adressent aux départements et aux métropoles et se déploieront pour la période 2024-2027. La présente instruction concerne le volet métropolitain des pactes locaux. Une instruction dédiée aux pactes locaux des solidarités conclus entre l'État et les conseils départementaux est publiée séparément.

Deux documents sont proposés à la métropole et au département :

- un contrat signé entre les deux parties prenantes, État et métropole d'un côté et État et département de l'autre, et comprenant les engagements financiers respectifs et l'ensemble des fiches actions ;

- complété d'un pacte, signé par l'ensemble des partenaires associés au diagnostic territorial : État, collectivités, organismes de protection sociale, Pôle emploi, agences régionales de santé (ARS), directions académiques des services de l'éducation nationale (DASEN), centres communaux d'action sociale (CCAS), voire des associations, etc. Si la métropole et le conseil départemental en sont d'accord, un seul pacte peut être signé à l'échelle départementale, marquant l'engagement de tous les acteurs locaux et permettant une articulation renforcée entre les métropoles et départements. Dans le même esprit, les métropoles et départements peuvent mettre en place une gouvernance partagée.

Les services de l'État sont garants de la cohérence entre les actions déployées dans le cadre du contrat métropolitain et du contrat départemental s'agissant des axes communs aux deux contractualisations (la prévention et la lutte contre les inégalités dès l'enfance, l'accès aux droits essentiels et la transition écologique solidaire).

Les contrats locaux des solidarités conclus avec les métropoles entendent laisser davantage de place à l'adaptation aux territoires, tout en améliorant la qualité de l'évaluation des actions menées. Ils sont donc fondés, pour ce faire, sur une logique de simplification et de responsabilisation. Ils reprendront la même construction en 4 axes que le Pacte des solidarités.

Pour plus de commodité, le terme « métropoles » employé dans la présente instruction désigne à la fois les 20 métropoles au sens de la loi MAPTAM<sup>1</sup>, la Communauté urbaine de Perpignan Méditerranée Métropole et la Communauté d'agglomération Amiens Métropole, toutes précédemment signataires d'une CALPAE avec l'État. La ville de Marseille, dans le cadre de « Marseille en grand », est également concernée par la présente instruction.

## I. CONTRATS LOCAUX DES SOLIDARITÉS CONCLUS AVEC LES CONSEILS MÉTROPOLITAINS

### 1. Enjeux et principaux attendus

Les contrats locaux des solidarités reposent sur 4 principes :

- **La pluriannualité** : les contrats locaux seront conclus sur 4 ans, de 2024 à 2027 inclus et avec une visibilité financière sur la période. Par cette durée et cette visibilité sur 4 ans, l'État permet aux métropoles de concevoir des actions réellement transformatrices en matière de lutte contre la pauvreté en donnant du temps aux actions de se déployer.
- **L'adaptation aux territoires** : l'État entend donner davantage de responsabilités aux acteurs locaux des solidarités pour choisir et adapter aux besoins du terrain les actions de lutte contre la pauvreté des prochains contrats locaux des solidarités.
  - o Liberté est donnée aux signataires des contrats locaux de choisir les actions les plus adaptées aux besoins de leur territoire dans le cadre de référentiels définis au niveau national en concertation entre l'État et les associations de collectivités concernées.

---

<sup>1</sup> Loi n° 2014-58 du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles concernant les métropoles d'Aix-Marseille-Provence, Bordeaux, Brest, Clermont-Auvergne, Dijon, Grenoble, Lille, Metz, Montpellier, Nantes, Nancy, Nice-Côte d'Azur, Orléans, Rennes, Rouen, Saint-Étienne, Strasbourg, Toulon-Provence-Méditerranée, Toulouse, Tours-Val-de-Loire.

- Pour ce faire, il a été demandé aux commissaires à la lutte contre la pauvreté, appuyés par les DREETS et DEETS, de mener, avec le concours des conseils départementaux et métropoles, des diagnostics territoriaux entre la fin du 1<sup>er</sup> semestre 2023 et le dernier trimestre 2023. Ces diagnostics sont chargés d'établir un état des lieux des besoins et de l'offre de service sur le territoire (un T zéro) et de préfigurer des actions prioritaires accompagnées d'une trajectoire d'objectif à contractualiser.
  - Une gouvernance locale du Pacte, associant les différents acteurs locaux au-delà des 2 cocontractants principaux, doit être mise en place.
- **Le principe de responsabilisation** : les cocontractants ont la possibilité de répartir les crédits par axe en fonction des priorités contractualisées, sous réserve d'un seuil plancher dans chaque axe. Une simplification est apportée dans le reporting national et priorité est donnée au reporting d'indicateurs définis localement dans le cadre du travail de préfiguration ; de même, le suivi annuel de la convention et des actions est allégé en contrepartie d'une évaluation approfondie faite à mi-parcours et pouvant donner lieu à des reprises de crédits ultérieurs.
- **La garantie d'un effet accélérateur et multiplicateur** : un co-financement entre l'État et la métropole est maintenu à hauteur de 50 % pour chaque action contractualisée, afin d'en garantir l'effet levier et faciliter la reprise par la collectivité des actions ayant donné satisfaction au bout des 4 années. L'État entend, grâce à ces contrats locaux, jouer un rôle d'impulsion et d'accélérateur auprès des métropoles dans leurs actions en matière de lutte contre la pauvreté. Les contrats locaux n'ont pas vocation à se substituer au rôle de la métropole en matière d'action sociale et de prévention et lutte contre la pauvreté de manière générale, ni de diminuer son reste à charge, mais à soutenir le renforcement de son offre de services et l'efficacité de l'action publique pendant la durée du pacte. Pour assurer l'effet structurant et levier des actions, ces dernières doivent donc en priorité être nouvelles ou sinon renforcées (c'est-à-dire déjà existantes, mais faisant l'objet d'un accroissement de file active ou de territoire). La reprise à l'identique d'actions des précédentes CALPAE est autorisée, mais devra rester limitée. Elle devra systématiquement faire l'objet d'un examen attentif pour en valider l'intérêt.

La contractualisation entre l'État et la métropole, de nature financière, s'insère, à la suite des diagnostics, dans la volonté d'impliquer plus fortement tout l'écosystème de la lutte contre la pauvreté au niveau local. Les institutions peuvent, en cas d'action co-construites ou cofinancées avec la métropole, également cosigner le contrat financier entre l'État et la métropole.

Le contrat est complété d'un pacte, document stratégique signé par toutes les institutions volontaires ayant participé au diagnostic territorial. Si la métropole et le conseil départemental en sont d'accord, un seul pacte peut être signé à l'échelle départementale.

Le document stratégique appelé Pacte local des solidarités et le contrat local des solidarités forment un ensemble. Leur signature n'est pas obligatoirement concomitante et l'une n'est pas le préalable de l'autre.

## **2. Priorités attendues dans chaque axe**

L'architecture contractuelle des contrats locaux des solidarités repose sur 4 axes (les mêmes axes que le Pacte national des solidarités) au sein desquels les cocontractants, État et métropole, sont libres de choisir les actions les plus adaptées à leur territoire et leurs besoins locaux, en cohérence avec les champs de compétences respectifs des métropoles, et le cas échéant par délégation, des communes membres et de leurs CCAS et en conformité avec les priorités et attendus de chaque axe.

Chaque axe comporte un document de cadrage national, dit « référentiel ». Ce document détaille l'objectif poursuivi par l'axe, les thématiques de l'axe, les types d'actions et dans quel cadre, notamment la remontée éventuelle d'un indicateur national, elles peuvent être contractualisées.

Les actions faisant l'objet d'une contractualisation doivent s'inscrire dans le cadre des référentiels nationaux. La ou le commissaire à la lutte contre la pauvreté est chargé(e) de s'assurer de la cohérence des actions proposées avec les référentiels. Exceptionnellement, le ou la commissaire peut autoriser la contractualisation d'une action qui ne serait pas prévue dans les référentiels, pour autant que son utilité soit justifiée par les besoins locaux au regard d'une insuffisance de l'offre.

Comme pour tout contrat de subvention, chaque action contractualisée doit être systématiquement assortie d'un ou plusieurs indicateur(s) chiffré(s) défini(s) localement lors de la préfiguration, afin de pouvoir suivre le bon déroulement de l'action, en complément de l'indicateur national s'il existe sur la thématique considérée. Les indicateurs locaux et nationaux devront être renseignés par la métropole chaque année.

Les référentiels sont annexés dans la présente instruction. Les priorités sont rappelées ci-après pour chaque axe, à titre non exhaustif.

### **2.1 Axe « Prévenir la pauvreté et lutter contre les inégalités dès l'enfance »**

L'investissement social vise un objectif partagé d'égalité des chances. Cet axe s'attache au suivi du parcours de l'enfant et du jeune, de sa naissance à l'âge adulte, et de ses parents. Trois objectifs principaux doivent être poursuivis. S'agissant de l'enfance, l'objectif est de soutenir la parentalité et les familles en situation de précarité, notamment les familles monoparentales, pour garantir l'épanouissement des enfants issus de milieux précaires. Les mesures à contractualiser doivent permettre de mieux repérer les familles en situation de fragilité et d'aller vers elles, de mieux les accompagner et de les soutenir à des moments clés de leur vie, en particulier lors des 1000 premiers jours de l'enfant. Un 2<sup>ème</sup> objectif vise à prévenir et lutter contre le décrochage scolaire des adolescents entre 11 et 15 ans, leur permettre également d'accéder à d'autres horizons comme la culture, le sport et les loisirs. Enfin cet axe vise également à renforcer l'accompagnement des jeunes précaires de 16 à 25 ans vers l'autonomie, en développant des modalités d'accueil, de repérage et d'aller vers ce public, mais également des actions de remobilisation dans des parcours personnalisés. Les jeunes décrocheurs de l'université sont également ciblés. Par ailleurs, une réflexion pourra être menée sur le public « jeunes précaires » entre l'État et les métropoles et déboucher le cas échéant, à partir de 2025, sur une expérimentation en vue de lutter contre la précarité des jeunes.

## **2.2 Axe « Amplifier la politique d'accès à l'emploi pour tous »**

Les actions émergeant sur cet axe doivent permettre de prendre en charge la levée des obstacles sociaux à l'accès à l'emploi des publics qui en sont le plus éloignés, de cibler les publics les plus fragiles et de renforcer les capacités de repérage et d'accompagnement adapté tout en s'articulant avec la loi sur le plein emploi créant France Travail . Les actions soutenues dans ce cadre devront en particulier concourir à l'intensification des parcours recherchée par France Travail. Deux enjeux prioritaires sont poursuivis : la mise en place d'actions permettant de lever les freins sociaux à l'emploi, parmi lesquels l'accès à un mode de garde du jeune enfant, l'accès aux soins, une meilleure articulation entre l'accompagnement à l'emploi et l'accès au logement, une mobilité facilitée pour les demandeurs d'emploi, l'illettrisme, etc. L'objectif suivant est de permettre le déploiement d'actions ciblées en direction de publics très vulnérables ou rencontrant des problématiques spécifiques, en particulier les personnes en très grande précarité, en situation d'errance, les familles monoparentales ou encore les sortants de prison. Enfin, France Travail étant appelé à se déployer progressivement à horizon 2027, les contrats locaux pourront financer des actions de repérage des publics les plus éloignés de l'emploi et d'accompagnement renforcé vers l'emploi des publics précaires qui en sont le plus éloignés, tels que les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA).

## **2.3 Axe « Lutter contre la grande exclusion grâce à l'accès aux droits »**

Cet axe vise à faire accéder aux droits tout public précaire afin de prévenir la bascule dans la pauvreté et la très grande précarité. Les actions mobilisées dans cet axe ont vocation à agir sur le dernier kilomètre pour atteindre l'objectif de 100 % d'accès aux droits. L'accent est mis sur la coordination et la méthode partenariale entre les acteurs, le développement d'outils contribuant à une meilleure coordination de l'accès aux droits. Les actions prioritaires se déclinent en 3 volets : développer les démarches de détection et d'aller vers (et en s'inspirant notamment des expérimentations « territoires zéro non recours »), renforcer l'accompagnement des publics détectés et former les professionnels du champ social. Par ailleurs, en fonction des compétences dévolues à la métropole sur ce domaine, des actions pourront être contractualisées pour prévenir les expulsions locatives, en mettant l'accent sur le renforcement des commissions de coordination des actions de prévention des expulsions (CCAPEX). Les métropoles pourront également cofinancer des mesures pour mieux accompagner les personnes vieillissantes en situation de précarité. Enfin, des actions visant à proposer des services aux publics vivant en bidonville ou le cas échéant si le contexte le justifie, en squat, et l'accompagnement des personnes en situation de rue, pourront être cofinancées dans les contrats locaux.

## **2.4 Axe « Construire une transition écologique solidaire »**

Les actions finançables dans le cadre de cet axe doivent permettre d'accompagner les métropoles dans le développement de nouvelles offres de service et la bonne orientation des publics modestes sur les 3 enjeux prioritaires de la transition écologique solidaire que sont la mobilité, la lutte contre la précarité énergétique et l'alimentation durable. L'enjeu est de permettre que l'action sociale des métropoles, au plus proche des publics les plus précaires, puisse assurer le dernier kilomètre de l'action publique pour les soutenir dans la transition écologique et adapter cette dernière aux situations d'urgence sociale dans lesquelles ils peuvent se trouver. Ainsi, concernant la lutte contre les inégalités dans l'accès à la mobilité, des actions de mobilité solidaire pourront être réalisées, soit en matière d'accompagnement social et technique, soit en matière de déploiement de solutions de mobilités solidaires ad hoc.

Pour lutter contre la précarité énergétique, pourront être financées des actions coordonnées permettant de repérer un ménage en situation de précarité énergétique, de réaliser un diagnostic socio-technique au domicile et de proposer des solutions adaptées à court et long terme. Afin d'améliorer le recours au Fonds de solidarité pour le logement (FSL) « énergie » et son action préventive, et dans le cas où la métropole serait compétence sur ce sujet, l'État accompagnera également les métropoles volontaires dans des expérimentations, des actions d'ingénierie ou encore de communication. Enfin, concernant les inégalités d'accès à une alimentation saine et durable en quantité suffisante, des actions de soutien logistique et de mutualisation des moyens en faveur des actions de lutte contre la précarité alimentaire, ainsi que des actions visant à favoriser la mise en place de tarifications sociales des cantines en établissement REP/REP+ (réseau d'éducation prioritaire) pourront être financées, contribuant ainsi au programme « Mieux manger pour tous ».

### **3. Articulation avec les autres conventions État / métropoles**

Les actions contractualisées devront s'articuler avec les autres conventions entre l'État et les métropoles conclues dans le champ des politiques sociales et d'accès à l'emploi.

Concernant l'accès à l'emploi, France Travail, dont la mise en place est prévue à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2024, constituera le nouveau cadre des politiques publiques en matière d'insertion et d'emploi. La démarche poursuivie par les pactes locaux des solidarités en matière d'insertion et d'accès à l'emploi est convergente avec celle de France Travail; elle privilégie l'accompagnement des publics les plus fragiles et les plus éloignés de l'emploi.

Vous veillerez par ailleurs à ce que les contrats locaux des solidarités conclus avec les métropoles puissent être articulés avec la prochaine contractualisation des contrats de ville afin de renforcer et d'optimiser les actions de prévention et de lutte contre la pauvreté à destination des personnes en situation de précarité dans les quartiers. La concomitance des calendriers doit faciliter cet exercice.

Les contrats locaux des solidarités devront également s'articuler avec la contractualisation des 44 territoires de mise en œuvre accélérée de « Logement d'abord » et les 20 contrats territoriaux d'accueil et d'intégration. Par ailleurs, l'articulation avec les conventions territoriales globales, ainsi que celle avec les contrats locaux de santé (et/ou conseils locaux de santé mentale [CLSM]) devront être prises en compte dans les contrats locaux signés avec les métropoles.

Les conventions devront également s'intégrer dans le dispositif gouvernemental de réduction des tensions de recrutement. Elles s'articuleront également avec la programmation des crédits européens et en particulier de ceux déployés dans le cadre du programme 2024-2027 du FSE+ (Fonds social européen), ainsi qu'avec les contrats de relance et de transition écologique.

Les commissaires à la lutte contre la pauvreté seront en charge, sous l'autorité des préfets de région, en lien avec les préfets de département, et avec le concours des DREETS et des DDETS, de cette cohérence globale qui aura dû émerger dès le diagnostic territorial.

### **4. Processus de négociation des pactes locaux**

La négociation des pactes locaux des solidarités devra être assurée par les préfets de département et les commissaires à la lutte contre la pauvreté, placés directement sous l'autorité des préfets de région, et qui s'appuient à cette fin, conformément au décret n° 2020-42 du 24 janvier 2020 portant création des commissaires à la lutte contre la pauvreté, sur les directions placées sous l'autorité des préfets de région et de département, DREETS et DEETS.

Vous proposerez la conclusion d'un pacte et d'un contrat des solidarités aux 20 métropoles au sens de la loi MAPTAM<sup>2</sup>, ainsi qu'à la communauté urbaine de Perpignan Méditerranée Métropole et la communauté d'agglomération Amiens Métropole, toutes précédemment signataires d'une CALPAE avec l'État. La ville de Marseille pourra conclure un contrat local des solidarités.

Il sera également proposé à de nouvelles intercommunalités (communauté d'agglomération ou communauté urbaine), dont la liste sera préalablement établie au niveau national sur la base de critères objectifs, de conclure un contrat local des solidarités, pour un démarrage en 2025 ou 2026. Une instruction vous détaillera en 2024 les modalités de sélection.

Conformément à l'instruction n° DGCS/SD1B/DIPLP/DGEFP/2023/9 du 31 janvier 2023, des diagnostics de l'offre de service public sont menés entre la fin du 2<sup>ème</sup> trimestre et le 4<sup>ème</sup> trimestre 2023 sur chaque territoire départemental, sous pilotage des commissaires à la lutte contre la pauvreté, appuyés par les DREETS et DDETS, avec le concours des conseils départementaux et conseils métropolitains.

Ces diagnostics doivent permettre de disposer d'un état des lieux de l'action des collectivités et d'autres acteurs publics sur les 4 axes du Pacte des solidarités par rapport aux besoins estimés. C'est sur la base de leurs résultats que vous orienterez le plus pertinemment possible les actions qui seront à contractualiser entre l'État et les métropoles concernées dans le cadre des futurs pactes locaux de solidarités.

Vous veillerez à ce que l'ensemble des actions proposées soit bien conforme aux attendus explicités dans les référentiels et que l'engagement financier de la métropole porte bien sur 50 % du financement de chaque action contractualisée. C'est à ces conditions qu'il pourra être admis la conclusion entre les deux parties, État et métropole, d'une convention pluriannuelle.

Des comités locaux multipartenariaux devront avoir été mis en place dans le cadre de ces diagnostics.

Le calendrier de négociation devra permettre une signature du contrat par l'assemblée délibérante en décembre 2023 et au plus tard fin mars 2024 et un démarrage, le cas échéant rétroactif, du contrat local au 1<sup>er</sup> janvier 2024.

Des précisions sont apportées en annexe 5 sur le cadrage administratif de négociation et de conclusion des contrats locaux des solidarités.

## **5. Budget**

Dans l'objectif de cibler au mieux les crédits par rapport aux besoins locaux, les montants d'une métropole pour chaque axe sont construits d'une part à partir du nombre de personnes pauvres (50 %) et d'autre part d'un indicateur composite portant sur les enjeux spécifiques de l'axe (50 %).

Vous disposerez du montant global du plafond annuel établi pour chaque métropole, ainsi que du montant par axe. C'est sur la base de cette enveloppe financière que vous négocierez le montant définitif apporté par chacune des parties cocontractantes au regard des actions proposées dans la contractualisation.

---

<sup>2</sup> Loi n° 2014-58 du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles concernant les métropoles d'Aix-Marseille-Provence, Bordeaux, Brest, Clermont-Auvergne, Dijon, Grenoble, Lille, Metz, Montpellier, Nantes, Nancy, Nice-Côte d'Azur, Orléans, Rennes, Rouen, Saint-Étienne, Strasbourg, Toulon-Provence-Méditerranée, Toulouse, Tours-Val-de-Loire.

Ce montant sera réputé stable sur l'ensemble de la durée de la convention, nonobstant des reprises de crédits post-évaluation possibles dans le cadre d'un dialogue de gestion annuel entre les deux parties. Le montant de la 4<sup>ème</sup> année pourra faire, dans tous les cas, l'objet d'une évolution du montant en fonction des résultats de l'évaluation faite à mi-parcours et des objectifs fixés conjointement entre l'État et la métropole pour la 4<sup>ème</sup> année.

Des précisions sont apportées en annexe 5 sur les modalités financières des contrats locaux des solidarités et notamment sur la fongibilité possible entre les axes qui permet de mieux s'adapter aux besoins locaux.

## 6. Gouvernance

Une gouvernance renouvelée et multipartenariale devra être poursuivie pendant toute la durée du conventionnement. Elle veillera à associer les acteurs locaux, en sus de l'État, et de la métropole, tels que Pôle emploi, organismes de sécurité sociale, collectivités, ARS, caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), DASEN et le cas échéant des acteurs associatifs, voire universitaires. La composition précise, la fréquence et les modalités de comitologies sont laissées à l'appréciation des institutions signataires. Cette comitologie peut être commune à la métropole et au département.

Vous veillerez à ce qu'un comité se réunisse a minima une fois par an pour partager conjointement l'avancement des actions contractualisées.

Une articulation devra être systématiquement recherchée, et pourra aboutir le cas échéant à une gouvernance et une comitologie partagée, avec les autres comités prévus ou déployés dans le cadre, par exemple, du schéma départemental des services aux familles, de France Travail, des conférences des financeurs des contrats de ville, etc.

## II. CALENDRIER

Date	Action
2 <sup>ème</sup> au 4 <sup>ème</sup> trimestre 2023 Juin à septembre Septembre à décembre	Diagnostiques dans chaque territoire. <ul style="list-style-type: none"> <li>• État des lieux des besoins et de l'offre de service correspondante sur un territoire, en lien avec les 4 axes du Pacte des solidarités ;</li> <li>• Proposition d'actions prioritaires à contractualiser, issues de l'état des lieux.</li> </ul>
Fin octobre 2023	Diffusion du cadrage budgétaire des enveloppes financières par métropole.
Été à décembre 2023	Négociation des contrats entre État et métropoles : validation des actions à contractualiser et définition des fiches actions accompagnées d'indicateurs de performance et de trajectoires d'objectifs.
Décembre 2023 et au plus tard fin mars 2024	Approbation des contrats en assemblée délibérante et signature des 2 parties.
1 <sup>er</sup> janvier 2024	Démarrage des contrats locaux des solidarités.
En 2024	Signature d'un pacte local (document stratégique) multipartenarial.

\* \* \*

Le ou la commissaire à la lutte contre la pauvreté est chargé(e) de rendre compte de la signature des contrats et pactes locaux des solidarités, avec l'appui de la DREETS et des DEETS, auprès de la Délégation interministérielle à la prévention et la lutte contre la pauvreté. Tous les contrats et pactes locaux signés doivent être envoyés par messagerie à l'adresse fonctionnelle : [dgcs-strategiepauvrete@social.gouv.fr](mailto:dgcs-strategiepauvrete@social.gouv.fr).

La DIPLP et la DGCS restent à votre disposition notamment par l'intermédiaire de l'adresse de messagerie fonctionnelle : [dgcs-strategiepauvrete@social.gouv.fr](mailto:dgcs-strategiepauvrete@social.gouv.fr).

Pour le ministre et par délégation :  
Le directeur général à la cohésion sociale,

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

Jean-Benoît DUJOL

La déléguée interministérielle à la prévention  
et à la lutte contre la pauvreté,

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

Cécile TAGLIANA

## Annexe 1

### **Référentiel de l'axe « Prévenir la pauvreté et lutter contre les inégalités dès l'enfance »**

L'investissement social vise un objectif partagé d'égalité des chances. Il repose sur la volonté de lutter contre les inégalités lorsqu'elles se créent et avant qu'elles ne se creusent, c'est-à-dire dès la petite enfance et concilie politique de redistribution et respect de la liberté individuelle en plaçant chaque personne en situation de devenir acteur de son propre parcours, pour trouver une place au sein de la société. L'éducation reste l'approche préventive par excellence.

Selon leur milieu familial, leurs origines sociales ou géographiques, les jeunes arrivés à l'âge adulte ne disposent pas des mêmes opportunités d'études, d'orientation professionnelle et de vie personnelle, ni du même état de santé, et ils ne s'autorisent pas les mêmes ambitions. Pour établir les conditions d'une meilleure égalité des chances, le suivi du parcours de l'enfant et du jeune, de sa naissance à l'entrée dans l'âge adulte est essentiel :

- la nécessaire contribution à l'égalité des chances de la politique de la petite enfance, période au cours de laquelle se cristallisent des inégalités liées au milieu familial dont les effets vont se retrouver jusqu'à l'âge adulte ;
- les actions à développer pour que les enfants et les jeunes puissent trouver, en dehors de l'école et de leur milieu familial, des points d'appui pour améliorer leur état de santé et ainsi leurs conditions de réussite, élargir leurs horizons et réaliser des apprentissages utiles au plan social et éducatif ;
- enfin, la recherche d'une plus grande efficacité dans les multiples dispositifs visant l'autonomie des jeunes, notamment pour ceux qui sont aujourd'hui les plus éloignés des démarches proposées par les différentes institutions.

Le présent document vise à cadrer les actions pouvant être mises en œuvre les métropoles dans le cadre de leur Pacte local des solidarités, assorties d'objectifs mesurables et d'indicateurs en cohérence avec leurs champs de compétences respectifs.

L'atteinte de ces objectifs est sous-tendue par deux principes d'action qui doivent permettre un meilleur repérage, suivi et accompagnement des familles et jeunes en situation de précarité :

- le renforcement de la prévention en direction des publics fragiles ou en voie de vulnérabilité ;
- la recherche d'une approche décloisonnée, notamment dans le champ des politiques de jeunesse.

### **I. Soutien à la parentalité et aux familles en situation de précarité**

L'objectif est d'agir sur la situation des parents, leurs compétences, et sur la qualité du lien parent-enfant afin de garantir l'épanouissement des enfants issus de milieux précaires. La politique de soutien à la parentalité est constituée d'initiatives variées, parfois portées à des échelles très locales, avec une multitude d'acteurs et de profils d'intervenants.

Au niveau territorial, cette politique publique est pilotée à travers les schémas départementaux des services aux familles (SDSF), dont la mise en œuvre est confiée aux comités départementaux des services aux familles.

La métropole peut soutenir des actions dans le cadre de son Pacte local des solidarités, tout en veillant à s'inscrire en articulation avec les schémas départementaux des services aux familles et les conventions territoriales globales.

Au titre de cet axe des pactes locaux des solidarités, les deux principaux objectifs sont de :

- Venir en renfort des programmes et dispositifs existants relevant de la parentalité, en agissant sur les familles en situation de précarité, et notamment les familles monoparentales ;
- Prévenir le basculement des familles dans la grande précarité en veillant en particulier à ce qu'elles puissent accéder, comme tous les autres parents, aux mesures mises en place pour soutenir l'arrivée d'un enfant dans une famille dans le cadre de la politique des 1000 premiers jours.

Une vigilance particulière sera portée sur les familles isolées, les parents rencontrant des problématiques psychiques, les parents exprimant une demande d'aide éducative ou encore les familles en situation de conflit conjugal ou familial.

*Ce volet n'inclut pas les actions de la protection maternelle et infantile (PMI) dans le cadre des entretiens prénataux ou bilans de santé en école maternelle, qui relèvent de la contractualisation départementale en prévention et protection de l'enfance.*

Pour atteindre les objectifs fixés dans cet axe, plusieurs types d'actions sont à prioriser dans la contractualisation.

### 1.1 Mieux repérer les familles en situation de fragilité et aller vers elles

Pourront être soutenues les actions qui permettent de cibler les familles précaires de façon spécifique :

- **des démarches partenariales de repérage** (ingénierie de projet), utilisation des données quantitatives disponibles (PMI, caisses d'allocations familiales [CAF], CCAS, CPAM) et des lieux de repérage divers (associations, assistantes maternelles, accueils de loisirs sans hébergement [ALSH], école, PMI, etc.) pour les cibler, travail en pair à pair (appui sur des familles relais d'influence) ;
- **des démarches d'aller vers les familles pour les informer des ressources existantes sur le territoire**, des actions issues des dispositifs et programmes en matière de soutien à la parentalité et leur en expliquer la plus-value pour elles, parents comme enfants.

Concernant les familles en grande précarité, un renforcement du lien entre les services liés à la politique de l'hébergement (maraudes, accueil de jour, centres d'hébergement, hôtels) et les services de la métropole est préconisé pour repérer ces familles en particulière fragilité et les aborder de façon coordonnée et adaptée. Une articulation avec les agences régionales de santé, qui pilotent les différentes équipes mobiles « santé social » intervenant auprès de ces publics, est également recommandée.

### 1.2 Mieux soutenir et accompagner les enfants et familles précaires de façon adaptée

Les conditions et modes de vie des familles en situation de précarité devront véritablement être pris en compte dans les actions envisagées de soutien à la parentalité. **Pourront ainsi être soutenues plusieurs types d'actions :**

- **celles consistant à toucher la famille via l'enfant** : les lieux de type lieu d'accueil enfant-parent (LAEP), structures d'accueil temporaire, ludothèques, bibliothèques pour enfants, qui proposent de manière indirecte de parler parentalité et d'impliquer le(s) parent(s) ou en associant une démarche de soutien à la parentalité à un lieu d'accueil du jeune enfant déjà fréquenté par la famille (crèche, maison d'assistants maternels [MAM], relais petite enfance [RPE], halte-garderie) ou à une structure de loisirs pour les enfants plus âgés (associations sportives, ALSH, etc.). L'action peut consister en particulier à aider ces lieux à s'ouvrir à des familles en grande précarité grâce notamment aux acteurs-médiateurs qui peuvent être en confiance avec les familles (associations caritatives, centres sociaux, adultes-relais dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, etc.) ;
- **celles consistant à s'adapter aux conditions de vie** : les dispositifs mobiles, hors les murs, de soutien à la parentalité, en lien le cas échéant avec les associations de lutte contre la précarité, d'hébergement (centres d'hébergement et de réinsertion sociale [CHRS], centres d'hébergement d'urgence [CHU], hôtels), d'aide alimentaire, etc. et en s'adaptant aux parents allophones. Les dispositifs proposant des horaires étendus ou atypiques peuvent aussi répondre aux besoins de familles monoparentales travaillant loin de leur domicile et à la situation des parents non gardiens, ainsi que les dispositifs intervenant à domicile dans le quotidien de la famille (par exemple, avec des techniciens de l'intervention sociale et familiale) ;

- **celles issues d'une co-construction avec les familles précaires, sur le modèle des accueils inconditionnels parents-enfants des Apprentis d'Auteuil** (et ses partenaires) dans les quartiers défavorisés dont le projet est intégralement créé au fil de l'eau par les familles, avec le soutien d'un intervenant social.

**Plus généralement, le cofinancement d'actions préexistantes visant à renforcer leur impact auprès des familles précaires est possible, notamment dans le cadre des réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP) et des lieux d'accueil enfant-parent (LAEP).**

**Plus spécifiquement, les métropoles, dans le cadre de leurs compétences, pourront mener des actions veillant à favoriser l'entrée à l'école maternelle en renforçant le partenariat avec l'Éducation nationale, notamment pour le développement des classes passerelles ou selon d'autres modalités facilitant le lien entre modes d'accueil du jeune enfant et l'école.**

### **1.3 Soutenir des programmes ou dispositifs portant sur des éléments clés du parcours des enfants ou des parents en précarité ou risque de précarité**

- **Les 1000 premiers jours** : favoriser la sensibilisation sur la période des 1000 premiers jours, la mise en place d'actions de prévention par les professionnels qui accompagnent les enfants et leurs parents (centres d'accueil pour demandeurs d'asile [CADA], centres d'hébergement et hôtels, acteurs de l'aide alimentaire, associations de solidarité...) et intégrer des actions de la feuille de route des 1000 premiers jours, en lien avec les agences régionales de santé.
- **Soutenir les actions d'éveil culturel** des enfants issus de familles précaires (développement de programme type « Des livres à soi », ouverture des lieux culturels locaux avec médiation, valorisation du plurilinguisme, ALSH à horaires étendus de type Môm'Artre) en lien avec les CAF.
- **La découverte du handicap de l'enfant** : la collectivité pourra soutenir des programmes qui viennent en soutien des parents en situation de risque de précarité dans une vision globale dès l'annonce du handicap ou de la maladie chronique de leur enfant, en partenariat avec le corps médical prescripteur, et les organismes de sécurité sociale (CAF, CPAM) ainsi que la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) le cas échéant. Les services types SESSAD (services d'éducation spéciale et de soins à domicile) adaptés à des publics vulnérables sont des outils pertinents.
- **La séparation conjugale**. La séparation conjugale, au moment de la grossesse ou quand les enfants sont encore très jeunes : développer des lieux de médiation qui s'adaptent au rythme des parents concernés et à leur problématique, financer des conseillers conjugaux, des intervenants sociaux ou des psychologues (ou faciliter leur accès) destinés à restaurer ou maintenir le lien familial, en évitant que des éventuelles violences verbales/physiques/psychologiques, viennent impacter la santé et santé mentale de l'enfant.
- **L'adolescence** : période de décrochage dans la relation parents-enfants, elle appelle la mise en place de programmes spécifiques de soutien à la parentalité et à la santé mentale de l'adolescent, avec des approches pédagogiques et médico-psychosociales adaptées, à la fois pour les parents et pour les duos ou trios parents-enfants (théâtre-forums, expériences extraordinaires, pratiques sportives, etc.).

*Indicateur : nombre de familles précaires avec enfants ayant bénéficié d'actions d'aller vers et/ou d'accompagnement dans la parentalité.*

#### **1.4 Améliorer l'accompagnement des parcours des femmes sans domicile isolées avec au moins un enfant de moins de 3 ans**

Les métropoles peuvent mener des actions en direction du public des femmes sans domicile, isolées, avec au moins un enfant de 3 ans et moins. L'objectif est d'apporter un soutien social adapté aux mères isolées.

**Plusieurs actions types sont proposées :**

- **améliorer la coordination des acteurs autour des femmes enceintes ou des mères isolées avec des enfants de moins de trois ans** : dans le cadre des pactes locaux des solidarités, afin d'éviter les ruptures de parcours, des actions de coordination entre les services intégrés de l'accueil et de l'orientation (SIAO) et les services sociaux des collectivités concernées pourront être financées. Des postes de coordination peuvent ainsi être financés dans ce cadre, par exemple au niveau des SIAO. L'objectif est de faciliter le repérage des situations et l'orientation vers des solutions de logement ou à défaut d'hébergement adaptés à la situation et aux besoins des personnes ;
- **soutenir l'accès aux crèches pour les enfants de moins de trois ans, accueillis en centres d'hébergement ou à l'hôtel**. Pourront être financées des actions de formation auprès des équipes des crèches et des assistants maternels pour faciliter l'accueil des familles hébergées. Ces actions viseront, par exemple, à identifier et lever les freins à l'accueil de ces familles, et à faciliter la création de réseaux locaux entre les acteurs de l'insertion et de la petite enfance.

*Indicateur : nombre de mères seules sans domicile avec enfants de moins de 3 ans accompagnées.*

## **II. Faire de la jeunesse un enjeu prioritaire de lutte contre la pauvreté en prévenant le décrochage**

La complexité des situations individuelles des jeunes, l'hétérogénéité de leurs besoins et les inégalités qui existent entre eux et entre territoires appellent à mieux faire converger les diagnostics et les réponses qui sont portés par les acteurs locaux, tout en tenant compte des spécificités d'intervention de chacun.

Les conseils départementaux ont en particulier en charge l'action sociale, la protection de l'enfance, la prévention spécialisée et par les PMI, l'éducation à la vie affective et sexuelle. Ils ont donc une légitimité à intervenir auprès des familles ayant des enfants adolescents et de ces derniers. Ils sont en outre compétents pour l'immobilier et les fonctions support des collèges (restauration, entretien, etc.), ainsi que de manière facultative sur des actions en milieu scolaire à destination des collégiens (ateliers...).

Les métropoles ont notamment des compétences dans les champs du périscolaire et de la prévention spécialisée.

### **2.1 Contribuer à prévenir et traiter le décrochage scolaire des adolescents entre 11 et 15 ans**

Les actions engagées doivent permettre de renforcer la prévention et le traitement du décrochage scolaire des collégiens en s'appuyant sur les réseaux FOQUALE (formation qualification emploi), les cités éducatives, les programmes locaux de réussite éducative et les territoires éducatifs ruraux et en s'inspirant de ces démarches partenariales dans les territoires qui n'en bénéficient pas. Elles doivent s'appuyer sur le renforcement des compétences psychosociales des enfants, promu dans le cadre de la Stratégie nationale multisectorielle de développement des compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes – 2022-2037<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Instruction interministérielle n° DGS/SP4/DGCS/DGESCO/DJEPVA/DS/DGEFP/DPJJ/DGESIP/DGER/2022/131 du 19 août 2022 relative à la stratégie nationale multisectorielle de développement des compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes – 2022-2037.

Concrètement, les actions qui pourront être soutenues dans le cadre des pactes locaux des solidarités consisteront à :

- **permettre de mieux organiser, coordonner, renforcer le soutien scolaire** sur un territoire entre les actions qui se déroulent à l'intérieur du collège (devoirs faits) et les autres initiatives, publiques (projet de réussite éducative [PRE], contrat local d'accompagnement à la scolarité [CLAS]) ou privées, en particulier en orientant les dispositifs de mentorat vers les publics en décrochage scolaire, qui se déroulent en dehors, notamment en associant les parents ;
- **éviter les moments de rupture lors des évictions temporaires ou définitives, en articulation avec les dispositifs passerelles mis en place par l'Éducation nationale** : la métropole pourra proposer des actions de prise en charge des élèves exclus dès la 1<sup>ère</sup> heure d'exclusion, en lien avec l'Éducation nationale (DASEN, principal de collège) ;
- **renouveler les approches pédagogiques** en ne se limitant pas à une offre de lieux d'accueil et à la consommation d'activités de loisirs pour favoriser des démarches d'éducation non formelle, fondées sur l'expérimentation, l'engagement, le vivre avec et le faire avec. Ces approches permettent également d'éviter le repli sur soi d'adolescents de moins de 16 ans. L'association de psychologues pourra être recherchée ;
- **soutenir les lieux d'écoute et de prise en charge du mal-être** de certains jeunes, tels que les points d'accueil écoute jeunes (PAEJ) et les maisons des adolescents (MDA), en lien notamment avec les CAF et les agences régionales de santé ;
- **développer des équipes de prévention spécialisée** dans la rue, les espaces de vie des collégiens, et sur les champs numériques pour aller au contact des jeunes et les soutenir, à leurs horaires de vie et pendant les vacances ;
- en complément de ce qui est mis en place au sein de l'institution scolaire, **favoriser la découverte des métiers et des filières**, en particulier dans les collèges, en étendant les mesures et dispositifs réservés aux quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) et réseaux d'éducation prioritaire (REP) à d'autres territoires.

**Plus spécifiquement pour les métropoles dans le cadre de leurs compétences, il s'agit de :**

- **renforcer les réseaux de prévention spécialisée** ;
- **développer la complémentarité avec les contrats de ville, le projet éducatif local et le contrat local de sécurité** ;
- **renforcer les activités périscolaires à l'échelon communal de l'espace métropolitain.**

## **2.2 Ouvrir les horizons en favorisant l'accès de tous les publics à la citoyenneté, à la culture et au sport, en évitant le repli sur soi**

L'ouverture sur d'autres horizons par la culture et les loisirs est un droit reconnu<sup>2</sup>. Elle permet aux enfants de tous âges, et en particulier aux adolescents, de découvrir d'autres possibilités, d'autres cultures, de sortir de leur quotidien et de retrouver une motivation pour avancer. Or les familles modestes ont beaucoup moins accès aux loisirs et aux institutions culturelles et sportives.

**Ainsi, les actions qui pourront être soutenues dans les pactes locaux des solidarités pourront dans la logique du programme « Ouvert'ure » porter sur :**

- **l'organisation d'expériences de dépaysement visant l'accès à la culture, aux loisirs et au sport en mobilisant des solutions innovantes de mobilité, notamment en territoire rural ou pour les jeunes en situation de handicap, en complément du Pass colo ;**

<sup>2</sup> Article 31 de la Convention internationale des droits de l'Enfant. L'article 140 de la Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions qui réaffirme le droit fondamental que constitue l'accès à la culture et en fait un objectif national.

- **la promotion d'espaces de respiration permettant aux adolescents les plus en difficulté de prendre de la distance avec leur quotidien tout en restant dans l'environnement scolaire, y compris par des actions intergénérationnelles.**

*Indicateur : nombre d'adolescents (mineurs) ayant bénéficié des actions en matière de prévention et de traitement du décrochage scolaire et des actions d'ouverture à la culture, aux sports et aux loisirs.*

### **III. Accompagner les jeunes précaires vers l'autonomie**

En 2018, 963 000 jeunes de 16 à 25 ans n'étaient ni en études, ni en emploi, ni en formation (NEET), soit 12,9 % des jeunes de cette classe d'âge et 27,9 % des jeunes ayant terminé leur formation initiale. Près d'un jeune NEET sur deux (48 %) l'était de façon continue depuis un an ou plus. Le nombre de NEET croît avec l'âge : ils étaient 21 000 parmi les jeunes de 16 ans et 128 000 parmi les jeunes de 20 ans. Les jeunes NEET sont moins diplômés : 2/3 des jeunes sortis du système éducatif pendant le 1<sup>er</sup> cycle de l'enseignement secondaire (collège) ou ayant abandonné en cours de CAP-BEP (certificat d'aptitude professionnelle-brevet d'études professionnelles) étaient NEET en 2018, contre un 1/3 des jeunes ayant obtenu un CAP-BEP et un 1/6 des jeunes diplômés de l'enseignement supérieur.

Les jeunes NEET ont également plus fréquemment un handicap reconnu que les autres jeunes : 52 % des jeunes sortis de formation initiale et ayant un handicap reconnu étaient NEET en 2018. Parmi les 20 % de NEET les plus vulnérables, plus d'un jeune sur quatre est limité dans son autonomie par un problème de santé. Ces personnes présentent généralement des risques plus élevés de syndromes anxieux/dépressifs, comportements boulimiques et pensées suicidaires, encore accentués par la crise liée à la covid-19.

Ces jeunes « invisibles » sont davantage exposés à un risque d'exclusion professionnelle durable. Le taux de chômage des moins de 25 ans est en effet 2,5 fois supérieur à celui des adultes, trois fois supérieur à celui des plus de 50 ans. Or s'il est transitoire pour certains, entre la fin de la scolarité et l'entrée dans le monde du travail ou entre deux périodes d'emploi, le chômage peut s'avérer plus durable pour certains jeunes, notamment lorsqu'ils cumulent les fragilités. C'est pour ces raisons qu'il est essentiel de porter des actions très volontaristes permettant d'aller vers eux pour les repérer et les amener à s'insérer dans le dispositif d'accompagnement vers l'emploi et de formation le plus approprié en lien avec les plates-formes de suivi et d'appui aux décrocheurs (PSAD), dans le cadre des modalités de gouvernance de la lutte contre le décrochage scolaire établies entre les rectorats et les conseils régionaux et en veillant à la mise en œuvre de l'obligation de formation des 16-18 ans.

Les diverses actions mentionnées ci-dessous peuvent être financées dans le cadre du Fonds d'aide au jeune (FAJ) métropolitain, en fonction de son règlement. Dans ce cas, elles doivent être spécifiquement identifiées.

#### **3.1 Développer les modalités d'accueil de proximité, de repérage et d'allers vers les jeunes en situation de précarité sans solution**

Les actions peuvent consister à :

- **renforcer le travail de rue en mobilisant les équipes de prévention spécialisée** ou autres associations en direction des jeunes en voie de marginalisation ;
- cofinancer, en lien avec les agences régionales de santé, les équipes mobiles « santé social » susceptibles de repérer ces personnes, de leur apporter un premier soutien et de les orienter vers les dispositifs d'accompagnement adéquats ;
- **développer l'activité des points d'accueil écoute jeunes (PAEJ)** dans des zones non couvertes actuellement et dans lesquelles les besoins sont identifiés par les acteurs du territoire et donner une meilleure visibilité des PAEJ dans les instances de pilotage de l'offre de service auprès des jeunes, en lien notamment avec les CAF et les agences régionales de santé ;

- **assurer des permanences au sein des lieux formels et informels de socialisation des jeunes** (réseau Info Jeunes, centres sociaux, associations de quartiers, associations sportives, associations de protection de l'enfance, centres d'hébergement d'urgence, etc.), en lien avec les plates-formes de suivi et d'appui aux décrocheurs (PSAD, pour expliquer l'obligation de formation et l'accompagnement proposé par les partenaires : écoles de la 2<sup>ème</sup> chance [E2C], établissements publics d'insertion pour l'emploi [EPIDE], associations, etc.) et les faire connaître aux jeunes et aux professionnels intervenant auprès d'eux ;
- **renforcer les modes d'intervention à des horaires adaptés aux jeunes**, en particulier en soirée et le week-end notamment pour lutter contre le sentiment d'abandon et d'isolement ;
- **constituer dans les territoires, au niveau des bassins de vie des jeunes**, à l'instar de la démarche déployée par le Plan régional pour l'insertion de la jeunesse des quartiers prioritaires (PRIJ) en Île-de-France, en articulation avec les plates-formes de suivi et d'appui aux décrocheurs (PSAD), **des groupes opérationnels chargés de repérer les jeunes de 16 à 30 ans sans solution** (décrocheurs scolaires, NEETS) mobilisant des référents de parcours dont les missions consistent à aller vers les jeunes pour leur proposer des accompagnements personnalisés ;
- **développer la communication directe sur les réseaux sociaux et les maraudes numériques** représentent des outils efficaces pour informer les jeunes notamment de l'obligation de formation 16-18 ans et répondre à leurs interrogations de façon réactive (sur l'exemple du Déclik de WeTechCare) ;
- **repérer et accompagner les décrocheurs de l'université**, en mobilisant les différents acteurs en charge de l'insertion des jeunes. Le phénomène de décrochage universitaire est connu et entraîne pourtant des ruptures de parcours pouvant amener ces jeunes jusqu'au RSA, notamment les jeunes précaires des voies professionnelles qui ont intégré l'université, ce qui nécessite de :
  - Mettre en place une ingénierie de repérage partenarial entre les universités, le rectorat, les missions locales, les centres régionaux des œuvres universitaires et scolaires (CROUS) ;
  - Élaborer des solutions, en lien avec les acteurs du service public de l'emploi concernés, pour ces décrocheurs universitaires adaptés à leurs problématiques et leurs compétences avec les acteurs pouvant contribuer à aider les jeunes dans la construction de leur parcours de formation et d'insertion, avant qu'ils ne demandent le RSA ;
  - Construire des outils de prévention permettant un meilleur accompagnement et un meilleur suivi pendant les études des jeunes au profil fragile, avec les équipes enseignantes universitaires.

### 3.2 Développer des actions de remobilisation pour inscrire les jeunes dans des parcours personnalisés

Pourront être financées des actions visant à :

- **soutenir davantage les chantiers éducatifs et les séjours éducatifs** à destination des jeunes en situation de précarité portés en particulier par les associations de prévention spécialisée et développer des actions innovantes pour l'insertion des jeunes précaires ;
- **réaliser des actions d'animation de proximité par des jeunes** en mission de service civique auprès de jeunes en situation précaire. Ce dispositif, basé sur le pair à pair, permet de remobiliser des jeunes qui n'étaient pas identifiés par les missions locales, notamment relevant de la protection de l'enfance. Il peut donner lieu à l'ouverture sur des missions de service civique pour les jeunes précaires, de type Booster d'UnisCité ;
- **appuyer les jeunes dans leurs démarches en matière de recherche de logement.**

*Indicateur : nombre de jeunes de 16 à 25 ans sans solution bénéficiaires des actions en matière d'aller vers et en matière de mobilisation vers l'autonomie.*

### 3.3 Renforcer les modalités du partenariat entre les acteurs pour promouvoir l'autonomie des jeunes

Afin de faciliter le déploiement des actions précédemment citées en direction des jeunes précaires pour favoriser leur autonomie, plusieurs types de démarches sont encouragés, auxquels la métropole peuvent utilement s'associer, voire susciter, à l'instar de la démarche expérimentale suscitée par France urbaine avec une trentaine de collectivités volontaires pour lutter contre la pauvreté des jeunes :

- ✓ **réaliser des diagnostics territoriaux** approfondis pour quantifier le nombre de jeunes en difficulté et pour disposer de signaux en temps réel, ce qui suppose d'organiser des échanges d'information sur les jeunes sans solution ou en risque de décrochage (y compris les apprentis) avant qu'ils aient quitté le système de la formation initiale avec les partenaires (CCAS, coordonnateurs de la politique de la ville, centres de formation d'apprentis [CFA], etc.) ;
- ✓ **généraliser sur l'ensemble des territoires l'orientation des publics « hors radars »** vers les missions locales ou les centres d'information et d'orientation (CIO), ou à défaut l'information de ces structures sur le suivi de ces publics ;
- ✓ établir un recensement des opportunités d'actions d'insertion, en s'appuyant sur les travaux établis par les réseaux FOQUALE et les PSAD et les promouvoir auprès des jeunes NEETS, en particulier ceux soumis à l'obligation de formation, en lien avec la généralisation de « Tous droits ouverts » pour les lycéens professionnels ;
- ✓ proposer une offre territoriale en matière d'accompagnement psychologique et/ou médical des jeunes relevant de l'obligation de formation. Par exemple, le financement de l'intervention de psychologues au sein des missions locales ou le développement de l'accès au dispositif d'emploi accompagné pour les mineurs disposant de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) ;
- ✓ formaliser un référentiel commun et partagé sur les modalités d'intervention en vue d'optimiser une dynamique d'accompagnement des jeunes qui refusent toute proposition dans le cadre de l'obligation de formation 16-18 ans ;
- ✓ **créer ou consolider un outil commun entre les différents partenaires permettant de recenser les dispositifs à destination des jeunes et des intervenants, à l'instar de la boussole des jeunes**, en regroupant différentes thématiques : loisirs, culture, sport, engagement, emploi, mobilité, programmes internationaux, santé, logement, accès aux droits, planification familiale.

*Indicateur : cette action nécessitera la mise en place ou le renforcement d'un nouvel outil dans le cadre d'une démarche de coordination portant sur l'insertion des jeunes NEETS.*

## Annexe 2

**Référentiel de l'axe « Amplifier la politique d'accès à l'emploi pour tous »**

La Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté a fait de l'accès à l'emploi l'un de ses axes structurants de déploiement, en particulier dans le cadre des conventions d'appui à la lutte contre la pauvreté et à l'accès à l'emploi (CALPAE) conclues en 2020 avec les métropoles.

France Travail constituera le nouveau cadre des politiques publiques en matière d'insertion et d'emploi. Plusieurs transformations structurantes sont prévues, en matière d'accompagnement (entrée accélérée et facilitée dans le parcours, intensification des parcours, approche partagée entre Pôle emploi - France Travail et le conseil départemental, mobilisation des entreprises...), de gouvernance, de numérique.

Les principes qui président à la création de France Travail et la démarche du Pacte des solidarités sont convergents : « aller vers », diagnostic socioprofessionnel approfondi, parcours « sans couture », décloisonnement des acteurs et des statuts, logique contractuelle, action au plus près du terrain, accompagnement des acteurs, facilitation des échanges de données, recensement et mutualisation de l'offre de services quels que soient les statuts, gouvernance simplifiée et meilleure coordination des acteurs.

Dans ce contexte, l'axe relatif à l'accès à l'emploi, dans le cadre de la contractualisation avec les métropoles, doit permettre de prendre en charge la levée des obstacles sociaux, de cibler les publics les plus fragiles et de renforcer les capacités de repérage et d'accompagnement adapté tout en assurant la transition vers France Travail.

**I- Enjeux prioritaires de la contractualisation sur l'axe relatif à l'accès à l'emploi**

L'accès à l'emploi pour les publics qui en sont les plus éloignés suppose de lever des freins sociaux. Les difficultés rencontrées, dont la précarité financière, sont des obstacles à l'accès à l'emploi des personnes qui en sont les plus éloignées. Aussi, il importe de leur accorder une attention particulière en tenant compte de la spécificité de chacune des situations.

Deux tiers des bénéficiaires du RSA (BRSA) se déclarent empêchés ou freinés dans leur recherche d'emploi par une problématique dite périphérique (mobilité, santé, mode d'accueil des enfants, logement, numérique) et seuls 40 % des BRSA sont inscrits à Pôle emploi et parmi l'ensemble des demandeurs d'emploi, près de 30 % déclarent au moins un frein social à l'emploi.

Dans les pactes locaux des solidarités, une attention particulière sera accordée à des publics dans des situations spécifiques afin de leur proposer des parcours adaptés, en fonction des diagnostics territoriaux. Ainsi, différents publics peuvent être identifiés, dont par exemple :

- ✓ BRSA de longue durée ;
- ✓ Sortants de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ;
- ✓ Jeunes ni en emploi, ni en études, ni en formation (NEETS) ;
- ✓ Jeunes relevant de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) / sortants de prison ;
- ✓ Familles monoparentales ;
- ✓ Personnes victimes de violences conjugales en situation de précarité ;
- ✓ Seniors ;
- ✓ Personnes sans abri ou ayant connu un parcours de rue ;
- ✓ Personnes en situation d'addiction ;
- ✓ Gens du voyage ;
- ✓ Primo-arrivants.

## II- Actions à prioriser dans la contractualisation

Afin de faciliter la sortie de la pauvreté et l'accès à l'emploi des personnes qui en sont le plus éloignées, il s'agit, en s'appuyant sur les diagnostics territoriaux et en s'attachant à mobiliser l'offre existante, de mettre en place des actions permettant de lever les freins à l'emploi. Ces actions contribueront à rendre plus efficace l'intervention du réseau France Travail et au sein de celui-ci des opérateurs intervenant plus particulièrement sur le champ de l'insertion professionnelle. Plusieurs types d'actions sont prévus qui pourront donner lieu à un soutien de l'État dans le cadre de la contractualisation avec les métropoles.

### 2.1. Sur la levée des freins sociaux

#### 2.1.1 Renforcer les modes d'accueil de la petite enfance

Plus de 160 000 personnes ne reprennent pas le travail faute de solutions d'accueil pour leurs jeunes enfants, ce qui constitue un frein important à la reprise d'une activité ou d'une formation. 32 % des allocataires du RSA sont des foyers monoparentaux, composés à 95 % de mères célibataires pour lesquelles les problématiques de mode d'accueil restent prégnantes pour reprendre une formation ou un emploi à défaut d'une solution de garde satisfaisante. La question du travail à des horaires décalés pour des mères célibataires est également à prendre en compte.

Pour couvrir le reste à charge des familles en matière de mode d'accueil, Pôle emploi peut accorder une aide financière : l'aide à la garde enfants parents isolés (AGEPI). En 2022, 10 403 aides ont été versées, 47 % correspondant à une reprise d'emploi et 53 % à une entrée en formation.

Le développement des crèches à vocation d'insertion professionnelle (AVIP) vise également à lever ce frein. À ce stade, plus de 700 crèches ont été labellisées. En dépit toutefois de l'accélération du rythme de déploiement de ces structures, un quart des départements ne sont pas couverts début 2023.

Si les trois quarts des schémas départementaux de services aux familles (SDSF) intègrent une action pour le développement des crèches AVIP, Pôle emploi n'est signataire du schéma que dans 20 % des cas.

Afin de faciliter l'accès à l'emploi, notamment des familles monoparentales, le développement d'une offre d'accueil du jeune enfant, mobilisable rapidement et avec souplesse, est indispensable. Cela nécessite de renforcer les capacités d'animation et de coordination locales sur la petite enfance, de poursuivre le développement des crèches à vocation d'insertion professionnelle (AVIP), d'accompagner la mobilisation des accueils individuels et de proposer des solutions d'accueil nouvelles.

Les places en crèche AVIP nécessitent par ailleurs un co-financement et un investissement des collectivités. De la même façon, la réservation de places d'accueil d'urgence permettant l'accueil ponctuel d'enfants de personnes à la recherche d'un emploi (le temps d'un entretien d'embauche ou d'une journée de formation) est aussi un des leviers permettant l'insertion.

#### **Trois grands types d'action ont vocation à être soutenus :**

- **le développement de solutions souples mobilisables pendant le parcours d'insertion sociale et professionnelle** : soutien à des réseaux de garde à domicile, co-financements d'enveloppes dédiées au babysitting ponctuel, contribution à la création de garderies éphémères dans des lieux inédits (centre de formation, structure de l'insertion par l'activité économique (SIAE), agence Pôle emploi, antenne départementale, structure du plan départemental d'insertion, forum de l'emploi) ;
- **l'intermédiation entre les familles et les modes d'accueil** : allers vers les familles en proposant des solutions d'accueil itinérantes, en effectuant la mise en relation entre mode d'accueil et familles ;
- **la mise en place, dans le contexte de la création du service public de la petite enfance et dans le respect des compétences conférées aux communes comme autorités organisatrices de l'offre d'accueil du jeune enfant, de développeurs ayant en charge de faciliter de déploiement d'une offre d'accueil de la petite enfance adaptée à l'échelle des métropoles qui sont les moins couvertes. Ils rendront compte de la mise en œuvre de leur feuille de route aux comités départementaux des services aux familles.**

### 2.1.2 Assurer la montée en charge d'offres intégrées insertion-santé

Les BRSA ont un état de santé beaucoup plus dégradé que celui de la population générale en âge de travailler (données de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [DREES] à fin 2018) : 21 % se déclarent en mauvaise ou très mauvaise santé contre 8 % de la population générale ; 43 % se déclarent affectés par une maladie chronique ; 16 % se déclarent fortement limités dans leur reprise d'activité du fait de problématiques de santé ; 22 % présentent un risque de dépression.

Au moins 400 000 BRSA et demandeurs d'emploi de longue durée sont confrontés à des problématiques de santé, notamment de santé mentale, qui compromettent leur insertion. Pour autant, les personnes ont du mal à prendre conscience de leurs problèmes de santé et à les reconnaître. Ils méconnaissent par ailleurs leurs droits ou ne recourent pas suffisamment aux soins dont ils auraient besoin.

En complément des missions d'accompagnement santé proposées par les caisses primaires d'assurance maladie ou du « parcours emploi santé » déployé par Pôle emploi, l'accompagnement aux démarches d'accès aux soins dans le cadre des parcours d'insertion mérite d'être renforcé en ayant vocation à s'inscrire pleinement dans les contrats locaux de santé ou en lien avec les conseils locaux en santé mentale.

**Plusieurs types d'actions concernant aussi bien la santé somatique que psychique ont vocation à être soutenus dans le cadre de la contractualisation avec les métropoles, en lien étroit avec les agences régionales de santé :**

- **médiation insertion-santé** : le recrutement de référents santé insertion doit permettre d'informer et de conseiller les publics en insertion sur l'offre mobilisable en matière de santé, de faciliter la prise de conscience des difficultés de santé rencontrées, d'accompagner aux démarches (souscription à une complémentaire ou recours à une complémentaire santé solidaire, création d'un compte Ameli, prise de rendez-vous, accompagnement à un rendez-vous médical ) via des actions collectives et ou individuelles, ainsi que de faciliter la coordination entre acteurs pour fluidifier les prises en charge, et modéliser des parcours-types mobilisables par les professionnels de l'accompagnement, en articulation avec les ateliers santé ville dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville ;
- **offre d'accompagnement insertion-santé avec une priorisation sur la santé mentale** : le secteur associatif a développé des solutions d'insertion prenant en compte les problématiques de santé, dont la santé mentale, qui croisent approches individuelles et collectives et qui peuvent être soutenues ;
- **mise en place de permanences avec des psychologues au sein des lieux accueillant du public** ;
- **formation et sensibilisation des professionnels aux premiers secours en santé mentale.**

### 2.1.3 Créer les conditions d'un accompagnement simultané emploi-logement

Les personnes sans domicile ou menacées de l'être sont dans une situation particulièrement précaire et vulnérable au regard de l'emploi. Souvent, cette situation ne leur permet pas de se projeter dans un parcours d'insertion professionnelle. Seules 1,4 % des prescriptions vers l'IAE sont issues des CHRS. Les réponses à certaines situations nécessitent d'être construites dans une approche transversale, en prenant en compte la double dimension emploi et logement, afin d'éviter de recréer des ruptures dans des parcours déjà fragiles. Dans le cadre des mesures nationales du Pacte des solidarités et du Plan Logement d'abord 2, des référents emploi au sein des SIAO pourront faciliter l'accompagnement simultané emploi et logement des personnes hébergées, en logement accompagné ou menacées d'expulsion locative. Par ailleurs, le Pacte permettra de consolider et assurer la montée en charge du programme COACH qui vise à accompagner les personnes hébergées en CHRS vers l'emploi et le logement, selon la méthode de soutien individualisé à l'emploi (méthode IPS : <https://workingfirst.fr/methode-ips/>), ainsi que celle du Programme EMILE, qui vise l'accompagnement à la mobilité résidentielle de personnes sans domicile d'un territoire tendu (Île-de-France, Lyon métropole aujourd'hui) vers une ville qui offre des opportunités d'emploi et de logement (pour voir les territoires d'accueil : [www.programme-emile.org](http://www.programme-emile.org)).

**Dans le cadre de la contractualisation avec les métropoles, les actions viseront à faciliter les démarches liées à l'emploi dans le cadre de l'accompagnement social lié au logement, notamment en direction des jeunes, en particulier en mettant en place des équipes pluridisciplinaires.**

#### 2.1.4 Favoriser la mobilité des BRSA et des demandeurs d'emploi

Les difficultés de mobilité, qui sont un frein à l'accès à l'emploi, tiennent à des problématiques matérielles (absence de transport en commun, y compris sur les horaires de travail atypiques), économiques (impossibilité de s'acheter une voiture ou de payer un abonnement) mais également psychologiques. 4,3 millions de ménages modestes ont des conditions de mobilité contraignantes.

**Les actions de mobilité solidaire à destination des personnes en recherche d'emploi sont définies dans le référentiel de l'axe sur la transition écologique solidaire mais relèvent d'un financement du présent axe.**

#### 2.1.5 Former les travailleurs sociaux à la détection de l'illettrisme et à l'accompagnement des personnes concernées

L'illettrisme concerne 7 % de la population âgée de 18 à 65 ans en France métropolitaine, soit 2,5 millions de personnes.

En s'appuyant notamment sur les outils élaborés par l'Agence nationale de lutte contre l'illettrisme, **des plans de formation à destination des travailleurs sociaux des métropoles et du secteur associatif pourront être déployés sur la détection de l'illettrisme et l'accompagnement des personnes concernées**, en complémentarité avec l'offre de service développée dans les pactes régionaux d'investissement dans les compétences (PRIC).

Indicateurs relatifs à la levée des freins sociaux

*Nombre de personnes en recherche d'emploi et en situation de précarité bénéficiant d'une action de levée des freins sociaux.*

*Nombre de professionnels formés aux actions de levée des freins sociaux (illettrisme, mobilité, etc.).*

## **2.2 Sur l'accompagnement de publics les plus vulnérables ou rencontrant des problématiques spécifiques**

Afin de toucher les publics les plus éloignés de l'emploi et dans des situations spécifiques en particulier les jeunes (cf. axe « Prévenir la pauvreté et lutter contre les inégalités dès l'enfance »), **les capacités de repérage et les démarches « d'aller vers » doivent être renforcées en dédiant des personnels à cet effet et en diversifiant les modalités d'intervention**, en complémentarité avec la dynamique France Travail et les actions engagées au titre de l'axe « Accès aux droits essentiels » des pactes locaux des solidarités. Dans la logique de France Travail, il est prévu de déployer un plan d'action partagé « repérage 100 % » des personnes susceptibles d'être accompagnées vers l'emploi à l'échelle locale.

Les métropoles sont encouragées à initier des actions ciblées en direction des publics particulièrement vulnérables ou rencontrant des problématiques spécifiques. Ces derniers nécessitent en effet un accompagnement renforcé, en sus des actions prévues en matière d'accès aux droits au titre de l'axe « Accès aux droits essentiels » des pactes locaux des solidarités. Parmi ces publics, on peut évoquer les suivants de manière non exhaustive et non limitative.

### 2.2.1 Soutenir des actions de remobilisation à destination de personnes en très grande précarité

**Les expérimentations relevant du secteur de l'insertion par l'activité économique telles que Convergence, Sève, Premières heures en chantier, TAPAJ (travail alternatif payé à la journée) ou des initiatives soutenues dans le cadre des appels à projets du Plan d'Investissement dans les compétences (PIC) pourront être soutenues et donner lieu à un soutien financier dans le cadre de cet axe des pactes locaux des solidarités avec les métropoles, notamment en lien avec les plans locaux pluriannuels pour l'insertion et l'emploi (PLIE) et les maisons de l'emploi.**

Pour les personnes ayant des parcours complexes notamment ayant un parcours de rue et en situation d'addiction, des actions mettant l'accent sur la progressivité de l'accompagnement, la dynamique collective, la reprise de confiance en soi pourront être soutenues afin de les remobiliser et de les préparer à accéder à des dispositifs d'insertion de droit commun (IAE, contrats aidés).

### 2.2.2 Développer des actions en direction des familles monoparentales

Afin de mieux accompagner les parents en situation de monoparentalité dépourvus d'emploi vers une insertion sociale et professionnelle, et en s'inspirant d'initiatives menées par plusieurs métropoles, **des dispositifs spécifiques proposant des parcours d'accompagnement personnalisés visant à lever différents freins** pourront être soutenus.

### 2.2.3 Faciliter les démarches d'insertion des sortants de prison en lien avec les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) et Pôle emploi

Afin de mieux accompagner la sortie de détention vers l'insertion professionnelle, en s'appuyant sur les SPIP et sur le renforcement des moyens de France Travail, **des actions ciblées pourront être soutenues afin de renforcer la prise en charge globale de ces publics**. Le soutien à des actions intégrées, concourant à la levée des freins sociaux et à la réussite du projet professionnel, est ainsi encouragé.

Indicateur relatif à l'accompagnement de publics les plus vulnérables ou rencontrant des problématiques spécifiques

*Parmi les personnes en recherche d'emploi et en situation de précarité bénéficiant d'une action de levée des freins sociaux, nombre de :*

- personnes en très grande précarité ;
- familles monoparentales ;
- sortants de prison.

## Annexe 3

### Référentiel de l'axe « Accès aux droits essentiels »

#### **I. Sous-axe « Accéder aux droits sociaux et santé pour prévenir la bascule dans la pauvreté »**

##### *Garantir le dernier kilomètre de la solidarité à la source*

**La solidarité à la source** consiste à améliorer l'accès aux prestations sociales et à en augmenter le recours en procédant d'une part au **pré-remplissage des déclarations trimestrielles de ressources** et d'autre part en développant **la détection et l'aller vers** pour aller chercher les potentiels bénéficiaires, connus ou inconnus des bases de données existantes. Il s'agit donc de simplifier les démarches pour les usagers et de lutter contre le non recours aux droits, dans un premier temps au bénéfice du RSA et de la prime d'activité, avant de l'étendre à d'autres prestations, y compris la protection maladie tels que la couverture santé solidaire.

Toutefois, le non recours aux droits est une problématique aux facteurs pluriels et multisectoriels sur lesquels la solidarité à la source ne permet pas d'agir intégralement. On parle notamment de l'existence du « dernier kilomètre » pour souligner le décalage entre les objectifs d'une mesure et sa mise en œuvre auprès des usagers, lorsqu'il émerge des freins connexes qui viennent empêcher la pleine efficacité de la démarche réalisée. S'agissant du non recours aux droits, pour reprendre l'expression de la Haute Autorité de santé, on relève quatre « derniers kilomètres » sur lesquels il est nécessaire d'agir :

- **le dernier kilomètre géographique** traduisant l'éloignement de certaines populations des services d'accueil social, parfois du fait d'une insuffisance de l'offre, d'un isolement ou d'une incapacité à se déplacer ;
- **le dernier kilomètre social** dû à la méconnaissance des démarches à entreprendre ou des difficultés à identifier les acteurs concernés ou rencontrés lors des démarches d'accès aux droits ;
- **le dernier kilomètre culturel**, par crainte ou refus de la stigmatisation ou en raison de problèmes de compréhension des termes administratifs ou de la langue (personnes allophones) ou encore d'illettrisme ;
- **le dernier kilomètre numérique** qui se renforce par le déploiement de solutions numériques pour accéder aux droits, opérantes pour une partie importante de la population mais qui, du fait d'une fracture numérique (non accès au matériel, haut débit, illettrisme), exclut de fait une partie d'entre elle.

**Afin de compléter l'action de la solidarité à la source, les pactes locaux des solidarités ont vocation à agir sur ces derniers kilomètres pour atteindre l'objectif « 100 % accès aux droits »,** qui peut concerner tant les droits sociaux, santé, logement, que les tarifications sociales (par exemple dans les transports, énergie, restauration). Ce référentiel propose ainsi une méthodologie pour y parvenir, qui s'inscrit dans la continuité des précédentes CALPAE. Celle-ci s'appuie tout d'abord sur le renforcement de la **coordination et de la méthode partenariale entre les acteurs**, puis elle propose **trois leviers prioritaires**.

#### **1. Une coordination et méthode partenariale accrues**

##### **1.1. La structuration de la gouvernance territoriale et d'une feuille de route partagée dans le champ de l'accès aux droits**

La structuration d'instances de gouvernance dédiées à l'accès et au maintien des droits favorise une meilleure articulation institutionnelle, permettant d'assurer l'impulsion et la mise en œuvre d'actions cohérentes et coordonnées. Cette gouvernance territoriale doit idéalement se situer :

- **À l'échelon départemental, pour définir une feuille de route partagée entre les acteurs**

Placée sous le pilotage du conseil départemental et de l'État, et selon des modalités d'organisation à définir par chaque territoire, cette gouvernance peut s'appuyer sur une instance existante (par exemple, le comité de pilotage départemental France Services, ou l'instance de pilotage du schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité des services au public) ou être créée *ad hoc*.

L'ensemble des partenaires pertinents identifiés sur le territoire doivent être associés, notamment les organismes de sécurité sociale (CAF, CPAM ou caisses générales de sécurité sociale [CGSS], Mutualité sociale agricole [MSA], Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail [CARSAT]...), les SIAO et les agences régionales de santé. **L'articulation avec l'échelon communal/intercommunal, qui agit souvent en première ligne sur la domiciliation et l'accès aux droits, doit être pensée, notamment par le biais de l'association des unions départementales des CCAS et de France Urbaine.**

L'accès aux droits effectif repose sur une **coordination accrue entre d'une part les services d'accueil des usagers**, qui vont informer, orienter, accompagner aux démarches (premiers accueils sociaux inconditionnels de proximité, France Services, services sociaux des collectivités, centres sociaux, espaces de vie sociale, points justice<sup>1</sup>, structures de soins intégrant des professionnels de l'accompagnement social...) **et les services instructeurs** d'autre part, chargés de l'ouverture des droits et de l'étude éventuelle d'autres droits (notamment les organismes de sécurité sociale, les maisons départementales pour les personnes handicapées, les organismes domiciliataires, etc.).

- **À l'échelon communal ou intercommunal, pour garantir la coordination effective entre les points d'accueil sociaux**

Les métropoles, peuvent au même titre que les départements encourager l'instauration de gouvernances d'accès aux droits à l'échelon communal ou intercommunal, afin de garantir la coordination entre d'une part les services d'accueil des usagers, qui vont informer, orienter, accompagner aux démarches, et les services instructeurs d'autre part, chargés de la domiciliation ou de l'ouverture des droits.

À cette fin, doivent être signalés les coopérations engagées dans le cadre des conventions territoriales globales (CTG) avec la CAF<sup>2</sup> dans les territoires où elles sont mises en œuvre, avec une inscription de l'enjeu d'accès aux droits parmi le projet du territoire élaboré. Une articulation avec les contrats locaux de santé et conseils locaux de santé mentale sera également recherchée.

L'accès aux droits peut également être travaillé dans les **gouvernances dédiées à certains publics en situation de précarité**, par exemple : les points d'accès aux droits pénitentiaires ou des associations de prévention spécialisée, les instances rassemblant les acteurs autour des publics « jeunes » ou « familles monoparentales », etc.

**Si la métropole souhaite réaliser des actions dans le champ de l'accès aux droits, sera obligatoirement financé au préalable un temps de coordination**, afin d'animer l'instance de coordination, de mobiliser les acteurs, de développer les partenariats, d'impulser des actions dans le cadre des leviers prioritaires identifiés et de faire le lien entre les différents niveaux de coordination (notamment, pour l'échelon départemental, afin de travailler en lien étroit avec les ETP de coordination des CTG).

<sup>1</sup> La Loi n° 91-647 du 10 juillet 1991 relative à l'aide juridique, réformée par la Loi n° 98-1163 du 18 décembre 1998 relative à l'accès au droit et la résolution amiable des conflits, prévoit l'institution, dans chaque département, d'un conseil départemental de l'accès au droit (CDAD). Le CDAD est un groupement d'intérêt public doté de la personnalité morale, placé sous la présidence du président du tribunal judiciaire du chef-lieu du département. Cette structure réunit différents acteurs qui œuvrent pour l'accès au droit dans le département :

- les professionnels du droit (comme les avocats, les notaires, les huissiers de justice...),
- les collectivités locales en charge des politiques sociales,
- les associations spécialisées, et l'État.

Les points justice sont des lieux d'accueil du CDAD.

<sup>2</sup> L'un des cadres pertinents de réflexion et de coopération infra-départementaux pourraient être celui des **conventions territoriales globales (CTG)**<sup>2</sup> dans les territoires où elles sont mises en œuvre, avec une inscription de l'enjeu d'accès aux droits parmi le projet du territoire élaboré. Une articulation avec les contrats locaux de santé et conseils locaux de santé mentale sera également recherchée.

## 1.2. Développer les outils contribuant à la coordination de l'accès aux droits

Pourront également être financées des actions permettant de mieux coordonner l'accès aux droits :

- des prestations de « design » ou d'ingénierie pour élaborer les outils et process contribuant à la coordination des acteurs ;
- des cartographies des services et points d'accueil et d'information (en s'appuyant notamment sur les cartographies existantes, ex : celle de [France Services](#), les outils Soliguide ou Dora, etc.) ;
- des outils d'interconnaissance des acteurs : vis mon job, formations interinstitutionnelles, forums de rencontre, etc.
- des travaux conjoints sur les « parcours usagers », échanges d'information sur les usagers, etc.
- des instances / réseaux / outils communs de résolution de « cas complexes ».

## 2. Leviers d'action prioritaires

### 2.1 Le développement de la détection et des démarches d'aller vers

#### 2.1.1 Les démarches de détection, notamment basées sur l'échange de données entre administrations

**Les actions de détection des publics en situation de fragilité et/ou de non-recours** sont au 1<sup>er</sup> rang des actions contractualisables :

- toute démarche permettant une **vision à 360° de l'utilisateur**, et ainsi d'identifier le non-recours à certaines prestations, tels que le « rendez-vous des droits » des CAF, les bilans des droits effectués dans les services sociaux des départements et des communes, etc. ;
- les actions de **détection basées sur le datamining, qui vont être développées** dans le cadre de la Solidarité à la source, menées par les organismes de sécurité sociale ;
- les expérimentations visant à mieux détecter et accompagner les publics en situation de fragilité financière grâce au travail partenarial renforcé entre acteurs telle que l'expérimentation **Aide Budget** dans 12 départements ;
- une approche intégrée de l'accès aux droits associant détection, aller vers et une approche à 360° des usagers telles que les expérimentations **Territoires Zéro Non Recours (TZNR)** (cf. infra pour l'articulation avec les territoires retenus dans l'appel à projets) ;
- les dispositifs thématiques de détection et d'accès aux aides, tels que, dans le domaine de la lutte contre la précarité énergétique, les dispositifs **SLIME** (cf. référentiel de l'axe « Transition écologique solidaire »).

**Ces actions de détection s'appuient notamment sur les échanges de données entre administrations** : il permet d'assurer d'une part, une coordination efficiente entre les acteurs concernés et d'autre part, la détection des usagers éligibles aux aides sociales visées en les informant de l'existence de leurs droits. En effet, d'après les articles L. 114-8 II. et suivants du Code des relations entre le public et l'administration (CRPA), les administrations peuvent s'échanger toutes les données nécessaires à l'accomplissement des démarches des usagers ou à la proactivité de ces démarches. Toute administration peut s'emparer de ces modalités et ne nécessite pas d'être habilitée par un texte réglementaire. Il en va de même pour toute entité de droit public ou privé habilitée d'une mission de service public, dès lors que ces échanges de données s'inscrivent dans le cadre de sa mission (article L. 100-3 du CRPA).

Au niveau de la métropole, des actions similaires de détection peuvent être mises en œuvre.

#### 2.1.2 Les démarches d'aller vers

**Une fois les personnes détectées, des démarches d'aller vers sont nécessaires pour les contacter.** Les actions financées peuvent consister en des visites à domicile, d'équipes mobiles se déplaçant sur les lieux de vie des personnes, de permanences délocalisées d'accès aux droits, de réunions d'usagers, de désignation d'un « ambassadeur des droits » expérimenté dans le cadre du TZNR de Lyon/Vénissieux...

Une articulation devra être mise en place avec les maraudes sociales des autres collectivités, des acteurs associatifs, les actions d'aller vers des missions Accompagnement Santé des CPAM et les équipes mobiles « santé-social » pilotées par les agences régionales de santé (se mettre en lien avec le référent PRAPS [Programme régional d'accès à la prévention et aux Soins] de l'ARS). En effet, les démarches d'aller vers peuvent être mutualisées avec ces acteurs, voire cofinancées, et/ou l'accompagnement social de la métropole peut venir prendre le relais d'une détection effectuée par l'un de ces acteurs.

*Indicateur : nombre de personnes touchées par des démarches d'aller vers pour l'accès aux droits.*

## 2.2 Le renforcement de l'accompagnement

Ces actions de détection et d'aller vers doivent se poursuivre par un accompagnement adapté et global des publics détectés, selon différentes modalités, afin d'assurer la continuité du parcours de la personne, de garantir l'aboutissement des démarches d'accès aux droits, etc. De manière générale, l'usager doit être remis au centre des pratiques. Il s'agit ainsi de :

- **renforcer la participation active et la capacité à agir de la personne** dans une logique d'*empowerment* de co-construction de son parcours : à ce titre, des actions d'ingénierie ainsi que l'indemnisation des personnes concernées participants à des initiatives de co-construction peuvent être soutenues ;
- **soutenir la logique de « pair-aidance »** afin d'assurer le lien avec les personnes et l'ancrage des actions dans les territoires, que ce soit au travers de travailleurs pairs, médiateurs, « habitants-relais », « ambassadeurs citoyens » ou en associant les usagers volontaires aux démarches d'aller vers et de prise de contact avec les autres habitants, en fonction de leur connaissance du lieu, de leur aisance relationnelle et de leurs capacités à amener les personnes ciblées à recevoir une aide. Ces pairs-aidants pourront être rémunérés ou indemnisés ;
- d'assurer la traduction en **FALC** (facile à lire et à comprendre) des outils d'information et de dialogue avec les usagers ;
- de mettre en place des temps d'accompagnement des usagers pour finaliser leurs démarches et s'autonomiser (professionnels sociaux, écrivains publics...). En particulier **des accompagnants aux démarches en ligne** peuvent être financés (type écrivain public numérique), soit pour réaliser des accompagnements individuels dans l'accès aux droits, soit pour aider à la montée en compétence des usagers (individuel ou collectif). Si elle n'existe pas encore, une cartographie des besoins et de l'offre en matière d'inclusion numérique pourrait être utilement menée afin de s'assurer de l'efficacité de l'action publique ;
- De mettre en place des temps ou outils d'**interprétariat** (tels que l'outil Pocketalk utilisé en CPAM).

Ces accompagnements peuvent notamment s'inspirer de la méthodologie d'intervention proposée dans le cadre de la démarche de **référént de parcours** des CALPAE.

*Indicateur : nombre de personnes ayant bénéficié d'un accompagnement renforcé vers les droits.*

## 2.3 La formation des professionnels

*Par convention passée avec leur région, les métropoles peuvent exercer à l'intérieur de leur périmètre, en lieu et place de leur région, la compétence de formation professionnelle des travailleurs sociaux au titre du développement social.*

### 2.3.1 L'évolution des pratiques professionnelles

Favoriser la coordination des acteurs, les démarches de détection et d'aller vers, ainsi que l'accompagnement renforcé des publics implique l'évolution des pratiques professionnelles mais également des organisations.

Les professionnels du champ social pourront être accompagnés dans ces évolutions par le biais de la formation continue. Pourront ainsi être financées dans le cadre des contractualisations, en articulation avec les comités locaux du travail social et du développement social :

- les formations sur des thématiques non disponibles au catalogue du Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) ;
- la participation aux formations d'agents ne relevant pas de la fonction publique territoriale ou de bénévoles (notamment des centres sociaux et culturels, des associations, etc.), afin de favoriser l'interconnaissance entre professionnels du champ de l'accès aux droits et accompagnement social et donc la fluidité des parcours des usagers ;
- les séances d'analyse des pratiques professionnelles ou de supervision peuvent utilement permettre d'accompagner l'évolution des pratiques et améliorer la qualité des accompagnements. Cette démarche constitue en l'intervention d'un professionnel extérieur et formé à l'analyse de pratique, de manière régulière et sur un temps défini (par exemple, une séance par mois) auprès du collectif de professionnels (travailleurs sociaux, agents d'accueil, etc.). Elle permet d'accompagner les professionnels qui peuvent faire face à des situations complexes, appuyer l'évolution des pratiques professionnelles, améliorer le travail en équipe et lutter contre l'épuisement professionnel.

Ces formations porteront en priorité sur les thématiques suivantes :

- **Accès aux droits**<sup>3</sup> en général (les modalités d'ouverture des contenus de formations France Services aux partenaires du programme seront étudiés d'ici fin 2024) ;
- **Illectronisme** (pour l'illectronisme : cf. Référentiel axe « Accès à l'emploi ») en s'appuyant notamment sur les formations développées sur la thématique « travail social et numérique » du Plan de formation continue des travailleurs sociaux (cf. ci-dessous) et en utilisant des outils largement déployés (tels que Les Bons Clics de WeTechCare) ;
- **Malendetttement / Surendetttement / Inclusion financière / Réclamations**, notamment en s'appuyant sur les [sessions d'actualisation des connaissances proposées par la Banque de France](#)<sup>4</sup> et celles proposées par le CNFPT<sup>5</sup> ;
- **Repérage et premières réponses face aux troubles de santé mentale des personnes accompagnées**<sup>6</sup> ;

<sup>3</sup> Offre de formation CNFPT construite avec l'Odenore : Un stage pour les travailleurs sociaux, ouvert à partir de 2024 aux chargés d'accueil social : [L'accès aux droits et aux services en travail social \(SXTSE\)](#) ; Un stage pour les cadres de l'action sociale : [Les enjeux du non-recours aux droits et aux services publics \(SXSO4\)](#).

<sup>4</sup> Informations sur le lien ci-dessus ; pour connaître les sessions et s'inscrire, contacter le référent départemental au : [educfiXX@banque-france.fr](mailto:educfiXX@banque-france.fr) en remplaçant le XX par le numéro de département.

<sup>5</sup> Offre de formation CNFPT : Un stage pour les travailleurs sociaux : [L'accompagnement budgétaire des ménages vulnérables \(SX24H\)](#) et un webinar accessible en replay [Surendetttement 16/03\\_0 \(adobeconnect.com\)](#) avec son dossier documentaire sur le surendetttement de mars 2023 [L'accompagnement budgétaire des ménages dans le travail social : prévenir et accompagner \(padlet.com\)](#)

<sup>6</sup> Il est à noter que des formations en présentiel et distanciel, financées par la Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté, sont disponibles pour les professionnels du champ social de 2023 à 2026 :

- en Île-de-France et dans les DOM : [Formation : Détection des troubles psychiques et orientation – pour les professionnels de l'accompagnement social | INFOR Santé \(inforante.fr\)](#) ;
- dans les autres régions : [Formations Prisme Précarité et santé mentale - Orspere-Samdarra](#).

À noter que des [formations « premiers secours en santé mentale »](#) seront également disponibles au catalogue CNFPT avec d'ores et déjà des webinaires [Les événements | Sensibilisation à la santé mentale | CNFPT - Provence-Alpes-Côte d'Azur](#) et que des formations de formateurs « premiers secours en santé mentale » sont disponibles en partenariat avec PSSM France.

### - **Accompagnement des personnes étrangères**<sup>7</sup>.

Les formations financées viendront en complément des formations gratuites déjà disponibles et qui doivent être mobilisées du **Plan de formation continue des travailleurs sociaux**, destiné notamment aux agents des départements, des mairies, des centres communaux et intercommunaux d'action sociale, sur les six thématiques d'ores et déjà déployées dans le cadre de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté (la participation des personnes accompagnées, le développement social, l'aller vers, le travail social et le numérique, l'insertion sociale et professionnelle, le travail social et les territoires). 18 600 professionnels ont bénéficié de ces formations en 2022.

À cette fin, la mutualisation des formations avec les différents partenaires de l'accès aux droits sera recherchée.

#### **2.3.2 Focus sur la formation des agents d'accueil**

Il a été constaté, dans le cadre du déploiement des points d'accueils sociaux inconditionnels de proximité (PASIP) dans le cadre des CALPAE, un défaut de prise en compte du rôle des agents d'accueil. Or les agents d'accueil représentent le premier contact d'une personne en demande, et sont notamment en charge d'orienter la personne. Dans une logique de développement de l'aller vers, leurs modalités de travail seront également amenées à évoluer. Il apparaît donc essentiel de travailler sur la définition du rôle à jouer de ces agents d'accueil, et leur articulation avec les travailleurs sociaux qui reçoivent les personnes dans un second temps.

La participation de ces agents (et notamment des chargés d'accueil communaux) au plan de formation des travailleurs sociaux est ainsi fortement recommandée.

*Indicateur : nombre de professionnels de l'action sociale formés à l'évolution des pratiques.*

### **3. Articulation avec l'expérimentation des Territoires Zéro Non Recours**

En application de l'article 133 de la Loi 3DS<sup>8</sup>, une expérimentation visant à lutter contre le non-recours aux droits sociaux sera conduite à partir de 2023 (pour 11 territoires) et 2024 (pour 28 territoires) dans différents territoires (sélectionnés par appel à projets) et pour une durée de trois ans, dénommée « Territoires zéro non recours » (TZNR).

Il s'agit d'expérimenter un cadre d'intervention sociale « intégré », axé sur le travail partenarial, les échanges d'information et de données entre institutions et sur l'évolution des pratiques professionnelles, en intégrant des actions « d'aller vers ».

Cette expérimentation permet ainsi de travailler au niveau infra-départemental, avec la mise en place un comité local chargé de conduire l'expérimentation sur le territoire concerné. La Loi 3DS prévoit également un dispositif spécifique d'évaluation de l'expérimentation, via un comité scientifique dédié.

Les expérimentations TZNR font l'objet d'un financement dédié dans le cadre de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté puis du Pacte national des solidarités. Au regard du fait qu'elles concourent aux objectifs du présent référentiel, elles pourront bénéficier de cofinancements éventuels dans le cadre des pactes locaux des solidarités.

<sup>7</sup> Offre de formation CNFPT :

Stages : [Le droit au séjour des étrangers en France \(OL671\)](#), [Le parcours des réfugiés : de l'asile à l'intégration \(SREG\)](#), [L'accueil des migrants : rôle des collectivités territoriales en matière d'inclusion sociale \(SX35B\)](#) et à compter du 01/01/2024 : [Les droits sociaux des étrangers \(SXDSF\)](#).

Webinaires : <https://view.genial.ly/6384c21c7bb5130018c3b1fd> et ressources documentaires : ["Le fait migratoire" \(padlet.com\)](#).

<sup>8</sup> Loi n° 2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale.

Dans les territoires concernés par l'expérimentation, une attention sera portée à ce que la gouvernance territoriale et la feuille de route partagée dans le champ de l'accès aux droits décrite ci-dessus intègre dans sa réflexion les travaux portés la démarche TZNR.

## **II. Sous-axe « Prévenir les expulsions locatives »**

*Les métropoles peuvent cofinancer des actions en matière de prévention des expulsions locatives au titre de compétences sociales déléguées ou transférées par le département ou bien au titre de leur participation dans le champ de la prévention des expulsions locatives.*

*Elles peuvent également agir au titre de leurs compétences de plein droit en matière de politique du logement, de politique en faveur du logement social ou de politique en faveur du logement des personnes défavorisées.*

### **1. Contexte et modalités d'intervention des collectivités**

Chaque année 500 000 commandements de payer sont délivrés en France du fait d'un impayé de loyer, 130 000 procédures judiciaires sont engagées sur ce motif par la suite et 75 000 ménages font, in fine, l'objet d'une décision de justice prononçant l'expulsion sans condition de leur logement. Davantage que les 16 000 expulsions annuelles réalisées avec concours de la force publique en fin de procédure, ce sont donc près de 140 000 personnes en moyenne chaque année qui sont obligées de quitter leur logement du fait d'un impayé de loyer.

Au-delà des drames humains que recouvrent ces statistiques, les expulsions engendrent également de lourdes conséquences sociales et économiques ainsi que des coûts publics conséquents : traitement administratif et judiciaire des procédures d'expulsion, indemnisation des bailleurs, hébergement d'urgence, réinsertion socioprofessionnelle, prise en charge sanitaire, etc.

Afin de prévenir ces risques, la politique publique de prévention des expulsions locatives se structure territorialement autour des commissions de coordination des actions de prévention des expulsions locatives (CCAPEX), présentes dans chaque département et copilotées par le préfet et le président du conseil départemental. La proposition de loi visant à protéger les logements contre l'occupation illicite, adoptée définitivement le 14 juin 2023 prévoit que **les présidents des métropoles seront associés à la co-présidence de ces instances dès sa promulgation au plus tard en 2024.**

Les CCAPEX sont la clé de voute du dispositif départemental de prévention des expulsions locatives et sont en charge de coordonner, orienter et évaluer la stratégie locale définie par la Charte départementale pour la prévention des expulsions, en lien avec l'ensemble des partenaires impliqués dans la prévention des impayés locatifs.

Le renforcement des effectifs des CCAPEX a ainsi été évalué par l'ensemble des rapports sur la prévention des expulsions comme un déterminant clé d'une action publique efficace en la matière. Depuis 2021 et dans le cadre de l'acte II de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, l'État a initié une politique de renforcement des effectifs des CCAPEX qui s'est concrétisée par le financement de 71 ETP sur les 69 départements les plus tendus en matière de procédure d'expulsions locatives.

### **2. Actions à prioriser dans la contractualisation**

**En priorité, pour les métropoles qui n'en ont pas été doté, il est recommandé de prévoir le renforcement de la CCAPEX par un chargé de mission dont le portage sera prioritairement confié aux agences départementales d'information sur le logement (ADIL), conformément à la restructuration nationale de la politique de prévention des expulsions locatives opérée en 2023 dans le cadre du 3<sup>ème</sup> plan d'actions interministériel de prévention des expulsions locatives.**

Le chargé de mission pourra en particulier s'attacher à :

- **Accompagner l'animation du dispositif métropolitain de prévention des expulsions** et particulièrement le renforcement et l'extension de la coordination opérationnelle entre les acteurs des différents champs professionnels intervenant auprès des ménages en situation d'impayé : intégration de nouveaux acteurs concernés par la prévention (Pôle emploi, SPIP, SIAO, ARS...) développement d'outils communs (supports d'information, rationalisation et simplification des courriers, formation, etc.), favorisant l'interconnaissance et le décloisonnement des pratiques.
- **Développer les liens avec les collectivités du bloc communal** grâce au recensement par le chargé de mission des initiatives communales ou intercommunales menées en ce domaine. Les CCAS et les centres intercommunaux d'action sociale (CIAS) contribuent pour une part substantielle de leur activité au traitement des impayés locatifs et à la prévention des expulsions (cf. rapports d'activités de l'Union nationale des centres communaux d'action sociale [UNCCAS]). Certains disposent parfois même de fonds d'aide à l'apurement des dettes locatives. Le chargé de mission pourra également favoriser le développement de commissions CCAPEX infra départementales (conformément aux ambitions du Décret n° 2015-1384 du 30 octobre 2015 relatif aux CCAPEX et du 3<sup>ème</sup> plan d'actions interministériel de prévention des expulsions locatives). Il s'agit également de coordonner et d'harmoniser l'action des commissions locales d'impayés (CLI) qui ont pu se développer sur certaines métropoles à l'initiative de certains partenaires ou de communes, sans rattachement avec la stratégie départementale.
- **Assurer la mise en place des antennes de prévention des expulsions locatives sur chaque métropole en lien avec le réseau des ADIL**, de façon à assurer une prise en charge sociojuridique de premier niveau à tous les ménages menacés d'expulsion sur l'ensemble du territoire national conformément à l'action 16 du 3<sup>ème</sup> Plan d'actions interministériel de prévention des expulsions locatives ;
- **Coordonner une stratégie de relogement au sein du parc social**, en particulier en matière de relogement précoce des locataires dont le maintien dans le logement est irrémédiablement compromis du fait d'une disproportion entre leur loyer et leurs ressources. Les Chartes de mutations inter-bailleurs peuvent être utiles lorsque le bailleur ne dispose pas lui-même d'un logement adapté à la situation socio-familiale du ménage en impayés conformément aux actions 31 et 32 du 3<sup>ème</sup> plan d'actions interministériel.
- Adapter le dispositif métropolitain de prévention aux nouvelles évolutions de la Loi n° 2023-668 du 27 juillet 2023 visant à protéger les logements contre l'occupation illicite (Loi Kasbarian) : favoriser l'intervention des dispositifs dès le commandement de payer, accompagner le transfert de la gestion de la suspension de l'allocation logement à la CCAPEX (création d'une sous-commission thématique), favoriser la présence des locataires à l'audience, développer le recours aux MASP3 en lien avec la magistrature et le conseil métropolitain, établir un lien pérenne et opérationnel entre le SIAO et la CCAPEX.

Pourront également être financées des actions visant à :

- Développer la formation des acteurs à la réalisation du nouveau diagnostic social et financier transmis aux magistrats avant l'audience
- Développer une prise en charge spécifique des personnes sorties d'institutions (pénitentiaire, hospitalière) afin d'éviter leur expulsion locative (détenus courte durée, hospitalisations longues durées) ;
- Développer des actions en matière de prise en charge des troubles du comportement et/ou des maladies chroniques pouvant compromettre le maintien des locataires dans leur logement, en veillant à la coordination des acteurs sanitaires et sociaux.

*Indicateurs :*

- Nombre d'ETP de chargé de mission en renfort de la CCAPEX remplissant les fonctions définies dans le référentiel ;
- Nombre de dossiers pris en charge par la CCAPEX ayant abouti à la prévention d'une expulsion.

### **III. Sous-axe « Accompagnement des personnes vieillissantes en situation de précarité »**

*Du fait de la possibilité pour les métropoles de se voir déléguer ou transférer la compétence des départements en matière de personnes âgées et d'action sociale, elles ont un rôle essentiel à jouer dans l'accompagnement des personnes vieillissantes à la rue, hébergées ou en logement social et d'appui aux professionnels les accompagnant.*

#### **1. Contexte et modalités d'intervention des collectivités**

On estime à 330 000 le nombre de personnes sans domicile d'après les chiffres de la fondation Abbé Pierre. Selon le « collectif des morts de la rue »<sup>9</sup>, l'âge moyen de décès des personnes à la rue est inférieur à 50 ans, soit presque 30 ans plus tôt que la population générale. Pour les personnes hébergées, l'âge moyen de décès est de 55 ans. Ces décès prématurés sont le fait d'une surreprésentation des addictions, des problématiques de santé mentale, des maladies infectieuses et chroniques, des blessures et des maladies de peau (parallèlement à un moindre recours aux soins) liée à leurs conditions de vie difficiles, de par leur parcours d'errance, de vie à la rue, de précarité et d'isolement social.

Les personnes à la rue ou hébergées sont donc confrontées de façon prématurée aux problématiques liées au vieillissement et à la dépendance, ainsi qu'aux questions de fin de vie et de mort. Selon une étude de la DREES<sup>10</sup>, 13 % des personnes accueillies en CHRS ont plus de 50 ans (17 % dans les autres centres d'hébergement) et cette proportion atteint 55 % en pensions de famille / résidences sociales. Ces phénomènes remettent en cause les modalités d'accompagnement de ces personnes par les professionnels et nécessitent l'adaptation des dispositifs accueillant ces publics.

#### **2. Actions à prioriser dans la contractualisation**

4 grands types d'action ont vocation à être soutenus par les métropoles et l'État dans le cadre de la contractualisation :

##### **a) Développer les démarches d'aller vers et d'auto-détermination des personnes**

- Développer les dispositifs mobiles dédiés, pour repérer les personnes, leur apporter une première réponse et les orienter et soutenir les **équipes mobiles** « santé social » existantes qui ciblent notamment les personnes âgées (équipe spécialisée en soins infirmiers précarité (équipes spécialisées de soins infirmiers précarité [ESSIP]...), en lien avec les agences régionales de santé ;
- Favoriser la **participation des personnes** pour co-construire leur projet d'accompagnement et respecter leur dignité et volontés : création d'espaces de rencontre et d'information, de groupes de parole et d'auto-support ; valorisation des savoirs expérientiels et de la pair-aidance ;
- Développer des actions ou des démarches favorisant les liens sociaux intergénérationnels afin de lutter contre l'isolement social de ces publics, facteur de pauvreté ou aggravateur de pauvreté. Par exemple, en finançant des projets associatifs mélangeant les publics (restauration collective, cantines collectives, tiers lieux alimentaires, ...)

<sup>9</sup> Mortalité des personnes sans domicile 2019, Collectif Des Morts de la Rue, Novembre 2020.

<sup>10</sup> DREES, Les établissements et services en faveur des adultes et familles en difficultés sociales en 2016.

## b) Favoriser l'accueil et le maintien dans l'hébergement et le logement des personnes vieillissantes par un accompagnement dédié

- Favoriser l'accès ou le maintien des personnes âgées sans abri ou en situation de grande précarité (habitat précaire ou temporaire) dans les structures de droit commun en proposant un **appui aux structures d'hébergement, médico-sociales et sociales et résidences sociales**<sup>11</sup>. Les professionnels financés ont à la fois un rôle d'accompagnement et de recueil des volontés de la personnes et d'interface / médiation avec l'institution (contacter les délégués régionaux ou déléguées régionales de la Fédération des acteurs de la solidarité<sup>12</sup> pour une mise en relation avec les associations intervenant sur ce champ dans votre territoire). Ils peuvent également accompagner les structures à s'adapter au vieillissement de leur public (formation des professionnels, aménagement des locaux...);
- Développer des **dispositifs d'accompagnement transitoires en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)** ou des séjours temporaires comme les accueils de jour et des lits d'accueil médicalisés en lien avec l'agence régionale de santé (à l'instar des Lits Halte Soins Santé adossés à des CHRS, ces places ne seraient pas conditionnées par l'âge ou la situation administrative des personnes mais par leur situation de précarité et dépendance);
- Expérimenter des dispositifs d'hébergement et de logement alternatifs aux centres d'hébergements et aux EHPAD (par exemple EHPAD hors les murs);
- Favoriser l'**accueil des personnes âgées sans abri en EHPAD ou résidence autonomie** par un accompagnement pluridisciplinaire adapté (travailleur social, psychologue, addictologue, etc.) par la formation des professionnels aux spécificités du public précaire et en travaillant les conditions d'accès (réduction des risques, accueil des animaux...);
- **Favoriser l'intervention des services médico-sociaux du domicile** (services d'aide et d'accompagnement à domicile [SAAD], services de soins infirmiers à domicile [SSIAD]/ESSIP, hospitalisation à domicile [HAD]) formés aux problématiques de la précarité et des soins palliatifs au sein des établissements sociaux (CHRS, pensions de famille...) en lien avec l'agence régionale de santé;
- **Renforcer les coordinations des parcours de soins** (avec notamment le déploiement de postes de médiateur santé dans les établissements sociaux);
- **Accompagner les personnes jusqu'à leur fin de vie** (soutien psychosocial, recueil des directives anticipées... et soins adaptés, notamment en lien avec les équipes mobiles de soins palliatifs).

## c) Développer l'accès aux droits

- Renforcer l'accompagnement social personnalisé pour permettre aux personnes d'accéder à leurs droits (titre de séjour, retraite, allocation de solidarité aux personnes âgées [ASPA], complémentaire santé solidaire...).

<sup>11</sup> Tels que ceux qui existent et sont proposés dans certains territoires : par la mission [Interface](#) du SAMU social (à Paris, à Nantes); ou la [plateforme VIP](#) (vieillesse et précarité) du Relais Ozanam/Groupement des possibles; ou les Petits frères des pauvres; ou encore les dispositifs passerelles Alliance et DOC SMS à Lyon.

<sup>12</sup> FAS AURA : Pascale BLANCHETIERE [pascale.blanchetiere@federationsolidarite.org](mailto:pascale.blanchetiere@federationsolidarite.org);

FAS BFC : en cours de recrutement;

FAS Bretagne : Valérie HAMDI [valerie.hamdi@federationsolidarite.org](mailto:valerie.hamdi@federationsolidarite.org);

FAS CVDL : Séverine DESMOUTIER [severine.demoustier@federationsolidarite-cvl.org](mailto:severine.demoustier@federationsolidarite-cvl.org);

FAS Grand Est : Alexis MOREAU [Alexis.Moreau@fasge.eu](mailto:Alexis.Moreau@fasge.eu);

FAS Hauts-de-France : Tiffany THIROLLE [tiffany.thirolle@federationsolidarite.org](mailto:tiffany.thirolle@federationsolidarite.org);

FAS Île-de-France : Isabelle MEDOU-MARERE [isabelle.medou-marere@federationsolidarite-idf.org](mailto:isabelle.medou-marere@federationsolidarite-idf.org);

FAS Normandie : Aurélie MOREAU [aurelie.moreau@federationsolidarite.org](mailto:aurelie.moreau@federationsolidarite.org);

FAS Nouvelle-Aquitaine : nouvelle arrivée prévue début septembre;

FAS Occitanie : Anne-Claire HOCHEDÉL [anne-claire.hochedel@federationsolidarite.org](mailto:anne-claire.hochedel@federationsolidarite.org);

FAS Océan Indien : Kamala TACOUN [kamala.tacoun@federationsolidarite.org](mailto:kamala.tacoun@federationsolidarite.org);

FAS PACA Corse : Camille BERNARD [camille.bernard@federationsolidarite.org](mailto:camille.bernard@federationsolidarite.org);

FAS Pays de la Loire : Maïté FERNANDEZ [maite.fernandez@federationsolidarite.org](mailto:maite.fernandez@federationsolidarite.org).

**d) Accompagner les professionnels**

- **Créer des « équipes ressources »** avec des coordinateurs sociaux, afin de sensibiliser les professionnels, développer leur connaissance des outils de repérage, des dispositifs d'aide aux personnes âgées et des ressources à solliciter, et développer un réseau partenarial décloisonné permettant l'approche globale des personnes (contacter les délégué(e)s régionaux(ales) de la Fédération des acteurs de la solidarité<sup>12</sup>) ;
- **Financer des temps de coordination** en s'appuyant notamment sur les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) pour aider les professionnels dans la mise en place de collaborations et partenariats intersectoriels, notamment avec les filières gérontologiques. Participer à l'organisation de journées thématiques pour faire connaître les besoins et possibilités d'accompagnement ;
- **Renforcer la formation des professionnels (initiale et continue)** avec des thématiques transverses (accompagnement des personnes âgées précaires en matière de santé mentale, de fin de vie et de deuil) et spécifique pour les secteurs social (vieillesse et perte d'autonomie), médico-social et gérontologie (précarité, conduites addictives et réduction des risques) ;
- **Accompagner jusqu'au bout**, en affirmant que l'accompagnement social ne s'arrête pas à l'hospitalisation ou en période de fin de vie. Renforcer le travail en réseau pour être soutenu sur ces sujets (collectifs les morts de la rue, réseau empreinte, professionnels spécialisés sur l'accompagnement administratif des décès...). Ajuster les projets d'établissement pour prendre en compte l'organisation liée au décès (protocole décès). Développer l'accompagnement au deuil des autres personnes dans les structures ;
- **Accompagner la formation des professionnels dans la lutte contre l'illectronisme**<sup>13</sup> (cf sous-axe « Accéder aux droits pour prévenir la bascule dans la grande pauvreté » du référentiel « Accès aux droits essentiels ») pour lutter contre l'exclusion numérique des personnes âgées et ainsi, aider au maintien du lien social ;
- **Accompagner les professionnels à gérer le deuil et le post-mortem** (formalités administratives, financement et accompagnement aux obsèques, relation aux proches et amis, chambre à vider...) des personnes très précaires et/ou isolées notamment via les associations membres du Collectif des morts de la rue.

**Ces actions ont légitimité à être portées par les métropoles sur leur territoire.**

Elles devront être coordonnées avec les agences régionales de santé et les services de l'État.

*Indicateur : nombre de personnes vieillissantes en situation de précarité ayant bénéficié d'une action renforcée.*

#### **IV. Sous-axe « Services pour les personnes en bidonvilles »**

##### **1. Contexte et modalités d'intervention des collectivités**

Si la résorption des bidonvilles où vivent des personnes ressortissantes de pays membres de l'Union européenne, en particulier la Roumanie et la Bulgarie, connaît des progrès (3 000 personnes en moins vivant dans ces bidonvilles, plus de 3 200 enfants accompagnés vers l'école), il reste près de 12 000 personnes dans ces lieux d'habitat informel (11 278 au 1<sup>er</sup> janvier 2023). Dans la méthode d'action qui permet de résorber durablement et de sortir du cycle des évacuations suivies de réinstallations, les principales difficultés tiennent à la complexité des problématiques à relever pour sortir de la grande précarité ainsi qu'aux résistances rencontrées sur le terrain, souvent empreintes d'antitsiganisme.

<sup>13</sup> Selon le Baromètre 2021 *Solitude et Isolement des personnes âgées* des Petits Frères des Pauvres, 3,6 millions de personnes de 60 ans et plus étaient en situation d'exclusion numérique. Elle touche plus fortement les personnes du grand âge et celles aux faibles revenus.

Les communes et leurs regroupements ont un rôle clef dans la résorption des bidonvilles. Outre leurs compétences, notamment en matière d'accès à l'eau, de ramassage des déchets, de scolarisation et de périscolaire, d'accès aux droits (CCAS), leur engagement est indispensable pour mettre la mise en place d'actions globales, incluant l'intervention sur site le plus tôt possible pour prévenir les risques et des solutions de sorties vers le logement ou des espaces de transition (avec notamment la mobilisation de foncier). **Les métropoles sont donc particulièrement légitimes à cofinancer avec l'État des actions sur ce sujet, qui pourront faire le lien avec des projets de résorption de l'habitat indigne de bidonvilles financés par l'Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat (ANAH).**

## **2. Actions à prioriser dans la contractualisation**

**2.1. La connaissance de la langue parlée** est un atout indéniable pour faciliter l'accompagnement social. Le financement de poste d'interprètes par les pactes locaux est un accélérateur dans l'accompagnement des personnes sur tous les aspects (accès aux droits, à la santé...) et sont complémentaires à des cours de FLE pour les habitants, dont des modalités itinérantes pourront être envisagées.

### **2.2. Prévenir les risques sur les sites et sécuriser les conditions de vie**

La prévention des risques et la sécurisation des conditions de vie répondent à un double enjeu : limiter, autant que faire se peut, les risques, en particulier sanitaires, liés à l'insalubrité des conditions de vie et poser les premiers jalons d'un travail de lutte contre la grande précarité et en faveur de l'inclusion sociale des habitants.

Les actions qui en relèvent peuvent s'articuler autour de quatre objectifs :

1. **Installer des accès à l'eau et l'assainissement sur site ou à proximité** pour les usages personnels et domestiques ;
2. **Intégrer les sites d'habitat précaire aux tournées de ramassage des déchets.** Cela implique la mise en place de dispositifs de ramassage (bennes, poubelles...) sur les sites ;
3. **Sécuriser l'accès à l'électricité**, au moyen de compteurs de chantier par exemple, afin de prévenir les risques, les habitants ayant recours très souvent à des branchements sauvages pouvant présenter des risques. *Les fournisseurs d'énergie, notamment à travers leurs fondations ou fonds de solidarité, peuvent être sollicités pour travailler sur la sécurisation de l'accès à l'électricité ;*
4. **Prévenir les risques** (incendie, inondation, pollution, etc.) à travers la mobilisation des services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) et des directions départementales des territoires (DDT). De manière préventive, les pompiers sont en mesure de sensibiliser les habitants à la « culture du risque » et la DDT est un appui pour connaître les zones à risques ou polluées et les croiser avec la cartographie des sites afin de sécuriser ces derniers.

L'ensemble de ces mesures devront être accompagnées et faire l'objet d'un suivi étroit. Sans ce suivi, il y a un risque que ces services, en particulier l'accès à l'eau, soient instrumentalisés et alimentent des logiques d'exploitation au sein des campements et bidonvilles. Un accompagnement social pour assurer une appropriation équitable et adaptée de la part de l'ensemble des habitants d'un site est nécessaire. Une formation peut être dispensée par la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL).

### **2.3. Favoriser l'accès à l'école et soutenir les actions d'accompagnement vers l'école financées dans le cadre national**

Le programme d'accompagnement vers l'école des enfants vivant en bidonvilles à travers la médiation scolaire et le soutien à la parentalité permet une augmentation conséquente du nombre d'enfants scolarisés durablement et accompagnés dans leur parcours scolaire. Le Pacte national prévoit le financement de nouveaux médiateurs scolaires. Les mesures qui suivent visent à donner pleine efficacité à ce programme, dont l'objectif est qu'il puisse toucher la totalité des enfants présents dans les bidonvilles des territoires et qu'il permette d'assurer une scolarité et une assiduité scolaire effective.

1. **La mise à disposition d'espaces couverts adaptés à l'accueil des enfants et des parents**, en modulaires ou dans des bus aménagés, permettant des interventions des médiateurs sur site tout au long de l'année ;

2. **La facilitation du trajet entre le lieu de vie et l'école.** Des solutions à l'échelle de la métropole ou de la commune existent : **la gratuité des titres de transports, l'exonération partielle sous condition de ressources, l'aménagement de dessertes de transport en commun ou la mise à disposition de transports scolaires** pour les enfants et les parents des plus jeunes ;
3. **L'accès à la restauration scolaire.** Plusieurs mesures d'accessibilité financières sont à la main des collectivités et peuvent être utilisées : **politique tarifaire inclusive, étendue aux familles non allocataires de la CAF**, quel que soit leur mode d'habitation sur la commune, **prise en charge totale ou partielle des frais de restauration...** La simplification des démarches est aussi un enjeu ;
4. **La prise en charge de l'assurance scolaire pour les activités hors du temps de la classe,** lorsque les enfants ne sont pas couverts par une assurance individuelle de la famille. Des solutions de financement et de partenariat avec les mutuelles peuvent être mises en place par la collectivité ;
5. **La mise à disposition de fournitures scolaires et de tenues vestimentaires** favorise l'intégration des enfants et réduit les barrières sociales à l'école et sur les temps de loisirs ;
6. **L'accès aux activités périscolaires et extrascolaires** (accueils de loisirs associés à l'école, ateliers, aide aux devoirs, garderie, séjours de vacances, activités sportives et culturelles...) est un enjeu fondamental de continuité éducative et d'inclusion scolaire.

#### 2.4. Faciliter l'accès à la domiciliation

#### 2.5. Faciliter l'accès aux soins, en lien avec les agences régionales de santé

Cet accès aux soins pourra être facilité par une amélioration du recours aux droits santé, en lien avec les CPAM ; le cofinancement de médiateurs pour mettre en confiance et accompagner les personnes dans leurs soins et démarches ; un accès facilité aux services spécialisés comme la PMI, la protection de l'enfance.

#### 2.6. Proposer des solutions de logement adaptées aux familles

L'accès au logement des personnes en bidonville constitue une priorité et s'inscrit dans le programme « **Logement d'Abord** ». Ainsi, peuvent être financées des actions consistant à favoriser la **mobilisation des logements ou bâtis vacants** par des solutions d'habitats intercalaires, d'urbanisme transitoire, d'espaces de transition... et des solutions innovantes afin de mieux répondre aux besoins des personnes et garantir une appropriation du logement sur la durée et éviter le retour en bidonville.

#### 2.7. Faciliter l'accès à l'emploi des personnes en bidonvilles

Les actions visant l'accès et le maintien en emploi des personnes en bidonvilles, en particulier des femmes, sont recherchées par la création de postes de médiateurs emploi, chargés d'assurer l'accès aux dispositifs de droit commun de la politique de la formation professionnelle et de l'emploi. La sensibilisation des employeurs, en particulier ceux du secteur de l'insertion, sera aussi une priorité.

*Indicateur : nombre de personnes en bidonvilles concernées par une action dédiée de services.*

*Le suivi est réalisé avec la plateforme numérique Résorption-bidonvilles développée dans le cadre d'une start-up d'État. (<https://resorption-bidonvilles.beta.gouv.fr>).*

## V. Sous-axe « Accompagnement des personnes sans domicile »

### 1. Contexte et modalités d'intervention des collectivités

Le partenariat État-Collectivités a été un axe important du plan Logement d'abord dès 2017.

**En premier lieu, il conviendra donc d'assurer la cohérence entre la contractualisation Logement d'abord sur les 44 territoires de mise en œuvre accélérée et la contractualisation Pacte local des solidarités.** Cette cohérence peut être une complémentarité (financement d'actions différentes) ou un renfort d'actions existantes dans l'une des deux contractualisations et ayant fait la preuve de leur efficacité.

En second lieu, les pactes locaux des solidarités pourront utilement financer des actions qui viennent en complémentarité de l'action de droit commun de l'État sur le financement de l'hébergement, de la veille sociale et du logement adapté. En particulier, les approches spécifiques seront encouragées comme par exemple les actions ciblant l'accompagnement des enfants sans domicile ou des femmes sans domicile.

Les métropoles peuvent financer des actions relatives à l'accompagnement des personnes sans domicile au regard de leurs compétences en matière de politique du logement social et du logement des personnes défavorisées. Elles peuvent également être compétentes sur leur périmètre pour certaines, au titre des missions confiées au service public départemental d'action sociale, déléguées ou transférées par le département.

### 2. Actions à prioriser dans la contractualisation

Les actions suivantes peuvent être retenues et financées dans le cadre des contractualisations avec les métropoles, en lien avec les acteurs concernés :

- **Création ou renforcement d'actions en direction des familles hébergées en centres d'hébergement ou à l'hôtel** en soutien des actions portées par le volet national du Pacte des solidarités auprès de ces personnes. Il peut s'agir d'actions d'accompagnement à la parentalité, à la santé de la mère et de l'enfant, à la culture et aux loisirs, etc. ;
- **Outils de recensement et cartographie des services d'assistance et d'accompagnement à destination des personnes sans abri et sans domicile**, tels que Soliguide, Dora, etc. Les outils numériques permettant de mieux faire connaître l'offre du territoire et de partager des informations sur le fonctionnement (mode d'accès, horaires...) s'adressent aux professionnels et/ou directement aux personnes sans domicile ;
- **Services à destination des personnes sans abri** (bagageries, hygiène corporelle, blanchisserie...) visant - au-delà de la première assistance - l'établissement d'un contact permettant l'orientation vers les services d'accompagnement du territoire et permettant un meilleur vivre ensemble sur l'espace public ;
- **Dispositifs de médiation collective** pour faciliter l'implantation de structures sociales (structures d'hébergement ou de logement adapté, accueils de jour...) en favorisant l'acceptation par le voisinage, les habitants de la commune, etc. Il peut également s'agir d'actions de médiation pour résoudre des difficultés sur des structures déjà installées.

<i>Indicateur : nombre de personnes sans domicile concernées par une action d'accompagnement dédiée</i>
---

**Annexe : Avis de la Direction interministérielle du numérique sur l'interprétation des dispositions des articles L. 114-8 et suivants du CRPA issus de l'adoption de l'article 162 de la Loi « 3DS », relatif à l'échange de données**

## **I – Les échanges de données entre administrations**

Le principe « dites-le-nous une fois » a été introduit dans notre droit il y a plus de dix ans par la Loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit<sup>14</sup>.

Ce principe, qui prévoit qu'un usager n'a pas à fournir à l'administration une information que l'administration détient déjà<sup>15</sup>, repose sur une obligation d'échange de données dont la mise en œuvre est encadrée par les articles L. 114-8 et suivants du Code des relations entre le public et l'administration (CRPA).

Par l'adoption de l'article 162 de la Loi n° 2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale dite « 3DS », le législateur a entendu donner une nouvelle dynamique à ces échanges.

Après avoir généralisé les échanges à l'ensemble des démarches des usagers, il a permis à toute administration qui le souhaite d'obtenir les données qui lui sont nécessaires pour adopter une approche « proactive » en allant vers l'utilisateur pour l'informer de ses droits, voire les lui attribuer, et lutter ainsi contre le non recours aux droits ou prestations auxquels le public pourrait prétendre.

### **1 - Une obligation d'échanger des données pour améliorer le traitement des démarches du public**

#### **A - Les administrations concernées**

Toutes les administrations, au sens de l'article L. 100-3<sup>16</sup> du CRPA, sont concernées par les échanges de données. Il s'agit très largement de toutes les personnes de droit public ou de droit privé chargées d'une mission de service public administratif.

Les administrations qui détiennent les données sont tenues de les mettre à disposition des administrations :

- 1) qui traitent les demandes et déclarations adressées par le public ;
- 2) qui désirent informer le public de ses droits en l'invitant, le cas échéant, à en faire la demande, voire en lui attribuant ceux-ci sans qu'il n'ait à les demander.

Pour certaines catégories de données, leur mise à disposition n'est assurée que par certaines administrations désignées par l'article D. 114-9-1 du CRPA.

Par réciprocité, les administrations chargées des missions mentionnées aux 1) et 2), sont tenues de solliciter les données auprès de celles qui les mettent à disposition.

Seules échappent au dispositif, les administrations qui se trouvent dans l'impossibilité technique d'échanger<sup>17</sup>.

<sup>14</sup> Article 4 de la Loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit.

<sup>15</sup> Sous-section 3 : Informations déjà produites ou pouvant être obtenues auprès d'une autre administration (articles L. 113-12 à L. 113-13 du Code des relations entre le public et l'administration).

<sup>16</sup> Article L. 100-3 du CRPA : « *Au sens du présent code et sauf disposition contraire de celui-ci, on entend par :*  
1° *Administration : les administrations de l'État, les collectivités territoriales, leurs établissements publics administratifs et les organismes et personnes de droit public et de droit privé chargés d'une mission de service public administratif, y compris les organismes de sécurité sociale ;*

2° *Public :*

a) *Toute personne physique ;*

b) *Toute personne morale de droit privé, à l'exception de celles qui sont chargées d'une mission de service public lorsqu'est en cause l'exercice de cette mission. ».*

<sup>17</sup> Article L. 114-10 du CRPA.

## **B - Les données mises à disposition**

À l'exception des données couvertes par le secret médical ou celui de la Défense nationale<sup>18</sup>, tous types de données peuvent être échangées dès lors que celles-ci seront « nécessaires » à la mise en œuvre des missions mentionnées aux A- 1) et 2).

L'adéquation entre les missions et les données mises à disposition sera, le plus souvent, appréciée au regard des missions mentionnées dans les actes fondateurs de l'administration qui accède aux données.

Afin que les échanges de données soient fluides, dès 2015, le législateur<sup>19</sup> a tenu à préciser que « *ne peuvent se voir opposer le secret professionnel dès lors qu'elles sont, dans le cadre de leurs missions légales, habilitées à avoir connaissance des informations ou des données ainsi échangées* ».

Ainsi, aucun secret professionnel ne saurait être opposé à une administration sur une donnée qu'elle est légalement habilitée à traiter et à obtenir du public. C'est l'esprit même du principe « *dites-le-nous une fois* » que de ne pas utiliser le public comme intermédiaire entre les administrations.

## **2 - Les modalités des traitements**

Pour ce qui concerne la mise en œuvre de l'échange, les critères de sécurité, de traçabilité et de confidentialité nécessaires pour garantir leur qualité, leur fiabilité et leur traçabilité sont prévus par les articles R. 114-9-5 et suivants du CRPA.

Concernant l'application du cadre juridique relatif à la protection des données personnelles, l'administration qui fournit les données sera responsable du traitement que constitue leur communication et qui est, pour elle, une obligation légale.

L'administration qui reçoit les données sera à son tour responsable du traitement des données dans le cadre de ses missions qui relèveront de ses « missions d'intérêt public » et, dans certains cas, d'une obligation légale.

Dès lors, tous ces traitements seront licites, au regard du RGPD et de la loi « Informatique et libertés » du RGPD, sans qu'il soit nécessaire de prendre des actes réglementaires spécifiques pour que les traitements soient licites, le cadre juridique applicable aux dispositifs d'échanges étant désormais complet depuis la publication du Décret n° 2023-361 du 11 mai 2023 relatif aux échanges d'informations et de données entre administrations dans le cadre de démarches administratives.

Aucun acte, ni déclaration préalable à la CNIL<sup>20</sup>, ne sera notamment nécessaire pour « autoriser les traitements ».

En effet, depuis l'entrée en vigueur du RGPD, en 2018, le régime d'autorisation préalable à un traitement a été largement supprimé. Seuls doivent être préalablement autorisés par décret en Conseil d'État ou arrêté les traitements les plus sensibles<sup>21</sup>.

Il est toutefois rappelé que les obligations incombant aux responsables de traitement devront, en tout état de cause, être respectées et notamment celles qui portent sur l'information du public.

## **II – Les règles propres applicables à la proactivité**

### **1 – Les traitements opérés en cas d'approche proactive**

Hors le traitement de mise à disposition de données mis en œuvre par l'administration qui fournit les données, concernant la proactivité, deux types de traitements peuvent être mis en œuvre :

---

<sup>18</sup> Article L. 114-9 du CRPA.

<sup>19</sup> Ordonnance n° 2015-507 du 7 mai 2015 relative à l'adaptation du secret professionnel dans les échanges d'informations entre autorités administratives et à la suppression de la production de pièces justificatives.

<sup>20</sup> La CNIL a eu l'occasion de se prononcer à plusieurs reprises sur les échanges d'informations entre administrations. Voir notamment les délibérations n° 2018-357 du 13 décembre 2018, n° 2020-121 du 3 décembre 2020 et n° 2022101 du 6 octobre 2022.

<sup>21</sup> Articles 31 et 32 de la Loi « informatique et libertés ».

- Le traitement de données permettant d'identifier et d'informer les personnes sur leurs droits à une aide ou une prestation ;
- Le traitement de données en vue de l'attribution de cette aide ou de cette prestation par l'administration compétente.

Qu'il s'agisse du premier ou du second traitement, ils entrent tous deux dans les cas prévus par les articles L. 114-8 suivants du CRPA. Comme on l'a vu, l'administration souhaitant recourir à l'échange de données à des fins de proactivité n'aura pas besoin d'adopter un acte réglementaire complémentaire pour les mettre en œuvre sauf pour organiser, si nécessaire et par décision du chef de service, les conditions de mise en œuvre du service<sup>22</sup>.

Ainsi, l'administration peut obtenir tant les données qui lui permettent d'identifier et informer les personnes qui seraient éligibles pour obtenir certains droits ou prestations que celles qui sont nécessaires à leur attribution.

## **2 – L'information du public**

En matière d'information du public, le II de l'article L. 114-8 du CRPA prévoit que l'obligation incombe d'abord à l'administration destinataire des données.

Au plus tard au moment de sa première prise de contact avec les personnes concernées, l'administration doit les informer de leurs droits. Cette information portera sur leurs droits d'accès et de rectification ainsi que, le cas échéant, de leur droit de s'opposer à la poursuite du traitement des données. Cette information individuelle sera, le cas échéant, complétée par une information générale portée par une campagne de communication et une information dédiée sur le site de l'administration.

L'administration qui fournit la donnée doit également faire figurer l'échange de données à des fins de proactivité et les catégories de destinataires de l'échange dans les mentions d'informations qu'elle porte à la connaissance du public. À cette fin, le III de l'article L. 114-8 prévoit une diffusion publique de la liste des administrations qui se procurent des données auprès d'autres administrations et des données ainsi échangées.

## **3 - Durées de conservation et traçabilité**

S'agissant des durées de conservation des données obtenues dans le cadre de la proactivité, plusieurs situations sont à prendre en compte.

Conformément à l'article L. 114-8 du CRPA, lorsqu'il apparaît que des personnes ne sont pas éligibles à l'obtention de l'aide ou de la prestation ou si elles exercent leur droit d'opposition à la poursuite du traitement, l'administration est tenue de supprimer sans délai les données obtenues qui concernent ces personnes.

En cas d'opposition, et pour garantir l'effectivité de cette opposition, les données relatives à l'opposition sont conservées entre douze et vingt-quatre mois<sup>23</sup>.

Quand les données ne sont collectées qu'en vue de l'information des personnes sur leur droit au bénéfice d'une prestation ou d'un avantage, et que la personne concernée n'a pas fait valoir son droit à leur obtention, les données ne peuvent être conservées au-delà d'une période de douze mois<sup>24</sup>.

Pour ce qui concerne les données nécessaires au traitement de l'attribution de la prestation ou avantages, leur durée de conservation ne sera pas affectée. Elle demeurera celle inhérente au traitement de l'attribution que celle-ci soit demandée par l'utilisateur ou proposée par l'administration de façon proactive.

Les données relatives à la traçabilité des échanges sont conservées quant à elles pendant une durée de trente-six mois.

---

<sup>22</sup> Conseil d'État, 7 février 1936, Jamart.

<sup>23</sup> R. 114-9-7 CRPA.

<sup>24</sup> R. 114-9-7 CRPA.

## Annexe 4

### **Référentiel de l'axe « Transition écologique solidaire »**

#### **CONTEXTE**

Alors qu'ils n'en sont pas les premiers responsables, les plus modestes sont souvent les premiers à subir les conséquences de la dégradation de l'environnement. Ils sont ainsi particulièrement concernés par la pollution de l'air et des sols, ont des conditions d'habitat plus exposées aux aléas thermiques et subissent le renchérissement de tout un ensemble de biens essentiels dans un cadre budgétaire contraint. Par ailleurs, ils ont par définition moins de moyens d'adaptation pour faire face aux évolutions et investissements de long terme nécessaires à la transition écologique. Ainsi, la structure des prix les dissuade par exemple de consommer des aliments durables, le coût de la rénovation énergétique des bâtiments qu'ils habitent s'ajoute à des dépenses contraintes déjà importantes et le coût élevé des véhicules récents les incite à acheter des véhicules anciens consommant et polluant plus et dont la pérennité est menacée par un cadre réglementaire croissant.

Pour ces raisons et en coordination avec le travail de planification écologique porté par le Gouvernement, le Pacte des solidarités prend la suite de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté en complétant son approche d'ensemble par un axe dédié à la transition écologique solidaire.

Cette ambition se matérialise notamment au sein des pactes locaux des solidarités qui prennent la suite des CALPAE. En effet, les métropoles ont une action sociale de proximité qui complète utilement l'action de l'État pour soutenir les plus modestes dans la transition écologique :

- Alors qu'il est parfois complexe de réaliser le dernier kilomètre de l'action publique pour toucher les plus précaires, notamment pour le ciblage des différentes aides, les services des collectivités sont quotidiennement au contact de ces publics et peuvent repérer les situations de difficultés en lien avec la transition écologique ;
- Les publics les plus modestes peuvent avoir besoin d'un accompagnement important sur les évolutions de pratique en phase avec les impératifs écologiques. Cet accompagnement est plus facilement acceptable lorsqu'il s'inscrit dans une relation déjà établie et s'accompagne de la proposition de solutions immédiatement mobilisables face à l'urgence. Alors que les plus modestes sont déjà souvent en situation de « sobriété subie », ces premières réponses à court terme peuvent aider à les mobiliser dans la durée pour des solutions de long terme en lien avec l'action publique de droit commun ;
- Les métropoles sont impliquées au titre des compétences qui peuvent leur être déléguées sur les enjeux forts de la transition écologique que sont la mobilité, la lutte contre la précarité énergétique ou encore l'alimentation durable.

Dans la mesure où ces évolutions nécessitent un travail d'adaptation important, les actions finançables dans le cadre de l'axe « Transition écologique solidaire » du Pacte des solidarités doivent permettre à l'État d'accompagner les collectivités dans le développement de nouvelles offres de service et la bonne orientation des publics modestes sur ces enjeux.

**Ce référentiel liste les actions pouvant intégrer les pactes locaux des solidarités s'agissant de la transition écologique solidaire. Au regard de la nouveauté de la thématique, des mesures qui ne sont pas indiquées dans ce référentiel peuvent être intégrées à la contractualisation en cas d'accord entre la collectivité et les services déconcentrés de l'État, si le besoin ressort du diagnostic territorial et sous justification qu'elles concourent à au moins un des trois sous-axes du présent référentiel. La/le commissaire à la lutte contre la pauvreté devra en informer en amont la DIPLP et la DGCS le cas échéant. Ces dernières se réservent la possibilité de valider en amont lesdites actions qui ne figureraient pas dans le présent référentiel.**

## I. **Sous-axe 1 : lutte contre la précarité énergétique**

### Contexte et modalités d'intervention des collectivités

3 millions de ménages appartenant aux 30 % les plus pauvres dépensent plus de 8 % de leur revenu pour les dépenses d'énergie dans le logement<sup>1</sup>. Cette situation s'explique notamment par un gradient social de la qualité des logements : 22 % des ménages propriétaires ou dans le locatif privé du premier quintile habitent dans une passoire thermique contre 15 % et 18 % respectivement pour le dernier quintile<sup>2</sup>. Dans l'ensemble et parfois suite à des pratiques d'autorestriction, 20 % des Français ont froid dans leur domicile pendant l'hiver, provoquant des effets négatifs sur l'isolement social et la santé.

De manière plus ou moins uniforme sur le territoire, des aides et solutions techniques pour rénover les logements, améliorer les performances énergétiques par la fourniture de petits équipements neufs et accompagner les ménages dans leurs démarches et changement de pratiques se sont mises en place. Le non-recours aux dispositifs nationaux, locaux ou privés reste cependant parfois important, que ce soit par méconnaissance, difficultés à réaliser les avances de frais ou payer les restes à charge, manque de maîtrise administrative et numérique ou encore peur de la stigmatisation. Cette situation peut être accentuée par un cloisonnement entre les professionnels de l'action sociale et ceux de l'énergie, ainsi qu'un manque de lisibilité et de coordination entre les dispositifs. L'action sociale des métropoles seront donc déterminante pour compléter ou favoriser l'orientation des plus modestes vers les dispositifs nationaux comme le chèque énergie ou les dispositifs France Rénov'.

En effet, la loi MAPTAM<sup>3</sup> a conféré aux départements le rôle de chef de file en matière de lutte contre la précarité énergétique, justifiant la mise en place de dispositifs permettant de favoriser le repérage des « publics invisibles » en situation de précarité énergétique et de leur proposer un premier niveau de soutien immédiatement porteur de solutions adaptées à leur situation. Par ailleurs, certains départements ou métropoles font face à des situations de non-recours important aux volets énergies des Fonds de solidarités pour le logement (FSL), justifiant des actions d'ingénierie, de communication voire de mobilisation dans le cadre d'actions de repérage de la précarité énergétique. Les métropoles, en lien avec leurs services sociaux, constituent également une bonne échelle de déploiement de dispositifs de repérage, d'aller vers et d'orientation vers le droit commun ainsi que de soutiens complémentaires. Ces dispositifs sont d'autant plus pertinents lorsqu'ils sont articulés avec les FSL pour les métropoles qui ont conventionné sur cette compétence, permettant d'associer l'octroi de l'aide à un accompagnement social et technique.

### Actions pouvant intégrer la contractualisation

#### ➤ Plateforme de lutte contre la précarité énergétique :

Afin d'assurer à l'action sociale des collectivités les moyens pour lutter contre la précarité énergétique et faciliter le repérage et l'orientation des plus précaires en lien avec l'ensemble de l'écosystème de solution, est inscrite dans le référentiel toute action comportant ou complétant un dispositif supervisé par la collectivité permettant d'atteindre de manière intégrée et coordonnée les 3 fonctions suivantes :

- 1) Repérer les ménages en situation de précarité énergétique<sup>4</sup> en mobilisant un réseau de donneurs d'alerte (travailleurs sociaux, bénévoles d'associations, fournisseurs d'énergie, bailleurs sociaux, CAF...), les demandes au FSL énergie ou via de la communication auprès du grand public ;

<sup>1</sup> Observatoire national de la précarité énergétique (ONPE).

<sup>2</sup> Observatoire national de la rénovation énergétique (ONRE).

<sup>3</sup> Loi n° 2014-58 du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles.

<sup>4</sup> L'outil Geodip est également à disposition des collectivités pour identifier à l'échelle IRIS (îlots regroupés pour l'information statistique) les localisations les plus susceptibles d'être touchées par la précarité énergétique.

- 2) Réaliser systématiquement un diagnostic sociotechnique au domicile du ménage par un chargé de visite ayant suivi une formation adéquate. Ce dernier devra s'intéresser à l'état du bâti et des systèmes d'eau chaude et de chauffage, aux usages du logement et étudier les factures. Il donne des conseils aux ménages, effectue des réglages et installe de petits équipements qui permettent des économies et/ou un gain de confort immédiat. Cette étape est primordiale dans la mesure où la situation des publics précaires nécessite souvent une première réponse dans l'urgence avant d'initier une dynamique d'amélioration sur le long terme ;
- 3) Proposer des solutions durables adaptées : travaux de performance énergétique dans le cadre de France Rénov' (et notamment du volet renforcé de Mon Accompagnateur France Rénov'), médiation locataire-bailleur, recours au FSL et chèque énergie, fourniture de petits équipements favorisant l'économie d'énergie ou permettant de réguler le froid et la chaleur, accompagnement social et budgétaire, ajustement de l'abonnement, etc. Une attention particulière sera portée sur le suivi du ménage afin de veiller à ce que l'orientation vers les acteurs relais porteurs de solutions aboutisse à des résultats concrets.

Une attention particulière pourra être portée lors de la mise en œuvre de ces actions sur l'accompagnement des personnes âgées dans la lutte contre la précarité énergétique, ainsi qu'aux liens avec la lutte contre l'habitat indigne et la prévention des expulsions locatives.

#### Cas particulier : SLIME+ ou autre action financée dans le cadre des CEE précarité

Si le référentiel d'action proposé ne suppose pas nécessairement le déploiement d'une plateforme SLIME+<sup>5</sup>, il s'inspire fortement de cette méthodologie adaptable aux besoins locaux et renforçant les relations partenariales entre les acteurs mobilisés contre la précarité énergétique déjà en place. Elle garantit ainsi le repérage, la bonne orientation et la mobilisation des solutions les plus adaptées pour les publics les plus précaires.

Dans la mesure où SLIME+ est déjà cofinancé par les CEE précarité à hauteur de 60% en 2024 puis 50% en 2025, le financement dans le cadre des pactes locaux des solidarités ne pourra aboutir à ce que la part de l'État dans le cofinancement total sur une année donnée pour les actions éligibles au programme excède 70%. Cette règle s'applique également aux autres programmes CEE comme Territoire Zéro Exclusion Énergétique. Les métropoles financées dans le cadre de SLIME+ pourront en revanche renforcer leur action en mobilisant les crédits du pacte local pour un financement hors-plafond de l'animation des SLIME+ (services locaux d'intervention pour la maîtrise de l'énergie) et la mise en place de fonds sociaux d'aide aux travaux de maîtrise de l'énergie (FSATME). Ces fonds, non finançables par les CEE précarité, sont destinés à financer la réalisation de travaux de maîtrise d'énergie en faveur des ménages défavorisés et à engager une politique de prévention tant technique que sociale. Ils mettent la priorité sur la recherche de solutions adaptées à l'occupant (quel que soit son statut) à la suite d'une visite, en se donnant la possibilité de proposer et financer des travaux « hors nomenclature » de façon souple et ouverte. Les FSATME permettent ainsi d'élargir la palette des solutions qui peuvent être proposées aux ménages par les chargés de visite, notamment pour les situations d'urgence ou pour les locataires.

L'action de plateforme de lutte contre la précarité énergétique fait l'objet d'un indicateur national devant s'inscrire dans une trajectoire d'objectif et qui peut être complété par un ou plusieurs indicateurs locaux :

*Nombre de ménages ayant fait l'objet d'une visite à domicile de lutte contre la précarité énergétique par un professionnel formé et s'étant vu proposer un soutien pour la mise en place d'au moins une solution.*

- Actions d'ingénierie et de mobilisation autour des FSL énergie :

En complément et en coordination avec les plateformes dont elles peuvent constituer le volet proactif et préventif, il est possible de financer des actions d'ingénierie et de communication visant à garantir un meilleur usage du FSL énergie, par exemple en mobilisant des « habitants ambassadeurs ». Une attention particulière sera portée aux règlements intérieurs définissant les critères d'éligibilité, afin de s'assurer que les travailleurs sociaux puissent effectivement les mobiliser de manière pertinente par rapport à d'autres solutions (dossier de surendettement, changement de fournisseur, etc.), déclencher

<sup>5</sup> SLIME+ est une méthodologie mise à disposition des collectivités territoriales pour repérer les ménages en situation de précarité énergétique et les accompagner vers des solutions adaptées. Elle est coordonnée par le CLER – Réseau pour la transition énergétique.

la protection qui accompagne la demande, agir autant que possible en amont d'un endettement trop important et que les seuils de revenu n'empêchent pas la prise en compte de certaines situations difficiles en termes de reste à vivre. Le financement n'est cependant conditionné à aucun cadre harmonisé de règlement des FSL afin de permettre une adaptation aux différentes situations locales.

Dans l'objectif d'expérimenter d'éventuelles évolutions du fonctionnement des FSL énergie et dans la limite d'un montant ne pouvant pas dépasser 20 % du montant co-contractualisé sur l'axe « Transition écologique solidaire », la collectivité peut mobiliser les crédits du pacte local des solidarités pour financer des dépenses d'aides financières à destination de ménages en situation de précarité énergétique. Ces expérimentations doivent avoir pour objectif de prévenir une spirale d'endettement des ménages en intervenant sur les premiers impayés et s'accompagner nécessairement de l'orientation vers des solutions durables, comme par exemple les points conseil budget ou la plateforme de lutte contre la précarité énergétique. Par ailleurs et en cas de recours plus important que prévu à l'aide mise en place par la collectivité, le co-financement de l'État ne pourra être augmenté par rapport au montant initialement contractualisé. Une mutualisation du cadre d'expérimentation entre les collectivités s'investissant dans cette action sera recherchée afin de partager et comparer les enseignements.

## **II. Sous-axe 2 : droit à la mobilité pour tous (commun avec l'axe « Accès à l'emploi » en ce qui concerne les demandeurs d'emploi)**

### Contexte et modalités d'intervention des collectivités

La mobilité est un puissant facteur d'inégalités et de fragilisation sociale. 4,3 millions de ménages modestes ont des conditions de mobilité contraignantes avec de longues distances à parcourir, une absence d'alternative à la voiture ou des véhicules vieillissants<sup>6</sup> qui accroissent leurs dépenses de carburant de 20 à 30 %<sup>7</sup>. Il existe ainsi un rapport de 1 à 4 concernant la part des dépenses de carburant entre les 10 % les plus pauvres et les 10 % les plus aisés. Ce rapport est de 1 à 2 pour l'ensemble des dépenses de mobilité. Ces difficultés risquent d'augmenter pendant la période de transition écologique vers une mobilité plus propre. À titre d'illustration, alors que la généralisation des zones à faible émission (ZFE) qui protégera particulièrement la santé des plus modestes se poursuit, 36 % des ménages du premier décile possèdent un véhicule classé Crit'Air 4 ou 5 ou non classé contre 10 % des ménages du 10<sup>ème</sup> décile<sup>8</sup>.

Ces inégalités dans l'accès à la mobilité ont des effets dynamiques forts sur l'accès ou le maintien à l'emploi et la sortie de l'exclusion des publics vulnérables. Une personne en insertion sur deux déclare ainsi avoir déjà refusé un travail ou une formation en raison d'un problème de mobilité et des problématiques similaires touchent l'ensemble des personnes en situation d'isolement social, qu'elles soient en recherche d'emploi ou non.

Lutter contre les difficultés de mobilité renvoie à la prise en compte des problématiques matérielles (absence de transports en commun, y compris sur les horaires de travail atypiques), économiques (impossibilité de s'acheter une voiture ou de payer un abonnement), mais également psychologiques. Cette dernière dimension est parfois sous-estimée alors que la mobilité est une compétence qui s'acquiert et peut nécessiter un accompagnement. Dans un contexte de transition écologique, elle est particulièrement pertinente pour accompagner les plus modestes dans le report modal vers des transports alternatifs à l'automobile et à « l'auto-solisme ».

Pour répondre pleinement à ces trois types de causes, l'action de mobilité solidaire peut se concentrer sur deux leviers principaux :

- un accompagnement social et financier pour permettre l'accès aux solutions de droit commun disponibles sur le territoire ;
- le déploiement des solutions de mobilité solidaire ad hoc complémentaires en fonction des besoins spécifiques.

<sup>6</sup> Baromètre des Mobilités du Quotidien 2022.

<sup>7</sup> Étude BCG / Action Tank Pauvreté.

<sup>8</sup> Enquête mobilité des personnes, 2019.

Un enjeu fort de la réussite de la politique de mobilité solidaire est donc son caractère intégré et coordonné sur un territoire, assurant le repérage des publics, le recensement de toutes les offres pour couvrir les différents besoins et l'orientation jusqu'à la mise en solution.

Dans cette optique, la Loi d'orientation des mobilités<sup>9</sup> (LOM) définit un droit à la mobilité qui se matérialise pour les plus vulnérables par des dispositions en matière de mobilité solidaire. Les autorités organisatrices de la mobilité (régionales et locales) se voient ainsi confier la capacité d'organiser des services de mobilité solidaire qu'elles doivent coordonner avec ceux des départements et les organismes concourant à l'emploi.

Depuis 2020 et dans le cadre de l'acte II de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, l'État a initié une politique de soutien à la mobilité solidaire qui s'est notamment concrétisé par le financement de plateformes de mobilité et de prestation de diagnostic mobilité dans le cadre des CALPAE.

En lien avec l'ambition de renforcement de la levée des freins périphériques à l'emploi dans le cadre de France Travail, mais également dans un objectif de cohésion sociale concernant toutes les populations en précarité mobilité, les pactes locaux des solidarités amplifient cette ambition avec de nouveaux objectifs :

- de renforcement de la coordination entre les actions de mobilité solidaire et la planification de la « mobilité de droit commun » réalisée par les AOM, garantissant ainsi la meilleure prise en compte des besoins des publics concernés ;
- d'adaptation des solutions de mobilité solidaire aux enjeux de transition écologique.

Répartition des crédits des actions de mobilité solidaire entre l'axe « Accès à l'emploi »  
et l'axe « Transition écologique solidaire »

Les actions de mobilité solidaire définies dans cette annexe peuvent être financées sur les crédits de l'axe « Accès à l'emploi » et/ou de l'axe « Transition écologique solidaire ». Une distinction sera néanmoins faite sur la base des publics éligibles aux actions financées. Ainsi, les crédits de l'axe « Accès à l'emploi » devront financer l'accompagnement et les solutions de mobilité à destination des bénéficiaires du RSA et personnes en recherche d'emploi tandis que les financements de l'axe « Transition écologique solidaire » devront pouvoir concerner l'ensemble des publics en précarité mobilité, notamment les étudiants et les personnes âgées.

Alors que le financement des plateformes et des solutions de mobilité par les collectivités, associations ou opérateurs publics prescripteurs se fait souvent uniquement pour la prise en charge de leur public cible, les financements de l'axe « Transition écologique solidaire » doivent ainsi permettre une prise en charge de publics hors statut ou prescription. La collectivité reste cependant libre de fixer un seuil de revenu maximal.

Actions pouvant intégrer la contractualisation

- Développement des plateformes de mobilité solidaire et de leurs actions de diagnostic et d'accompagnement :

Les plateformes de mobilité constituent l'outil charnière de la mobilité solidaire. Elles fournissent en effet à la fois un lieu d'animation, une vision stratégique sur les offres à disposition des plus modestes, des compétences, des services d'accompagnement et la possibilité d'un guichet unique, tant pour les bénéficiaires, que pour leurs accompagnateurs ou encore pour les financeurs et pour les employeurs d'un territoire.

Les CALPAE ont porté depuis 2021 l'enjeu d'assurer la couverture de l'ensemble du territoire en plateforme de mobilité et leur bonne interconnexion avec les actions des départements. Ainsi, 36 plateformes nouvelles ont été créées et 77 départements ont bénéficié de crédits pour financer des diagnostics de mobilité pour leurs publics.

<sup>9</sup> Loi n° 2019-1428 du 24 décembre 2019 d'orientation des mobilités.

L'enjeu de couverture est presque atteint puisqu'en avril 2023, on recense 221 plateformes de mobilité en France couvrant la grande majorité des départements métropolitains. Parmi les enjeux restants :

- l'élargissement de leur offre de service en fonction des besoins identifiés et le renforcement de leur position de guichet unique dans l'écosystème de la mobilité et des acteurs sociaux ;
- l'amélioration de leur maillage territorial pour garantir leur bonne échelle d'intervention et une couverture du territoire tendant à l'exhaustivité, y compris grâce à des dispositifs mobiles favorisant l'aller vers ;
- en ce qui concerne les demandeurs d'emploi, leur bonne articulation avec l'offre de service portée par Pôle emploi<sup>10</sup> et demain avec la dynamique de levée des freins conduite sous l'égide de France Travail.

Les crédits des pactes locaux de solidarité pourront financer le développement et le fonctionnement de plateformes de mobilité solidaire, externalisées ou non, respectant 3 offres de service socles coordonnées :

- 1) recenser l'offre de manière exhaustive et dynamique et faire office de guichet unique des mobilités solidaires : les plateformes collaborent avec de multiples partenaires opérationnels afin de recenser les différents services de mobilité présents sur leur territoire. Grâce à leurs actions de communication et à leurs relations partenariales avec les prescripteurs eux-mêmes en contact avec les publics vulnérables, elles font office de guichet unique pour les problématiques de mobilité propres à ces publics ;
- 2) conseiller, former et accompagner les publics : l'accompagnement individuel des personnes accueillies est une fonction socle des plateformes de mobilité. Il prend la forme d'un diagnostic mobilité donnant lieu à la mise en place d'un parcours de mobilité adapté aux besoins et compétences des personnes. Plusieurs accompagnements internes à la plateforme peuvent faire partie de ce parcours : ateliers pédagogiques sur la mobilisation de l'offre de transport existante sur le territoire, pédagogie adaptée pour l'accès au permis de conduire, l'apprentissage du vélo ou plus généralement report modal vers des solutions d'éco-mobilité. Pour réaliser cette prestation, les plateformes forment des professionnels de la mobilité solidaire et peuvent également former les travailleurs sociaux de la collectivité pour repérer les difficultés de mobilité et fournir un premier niveau d'orientation ;
- 3) orienter vers les solutions existantes et mettre en place des solutions complémentaires lorsque nécessaire : en plus d'orienter vers les offres de mobilité existantes à la suite du diagnostic, les plateformes élaborent des offres de mobilité inclusive afin de combler les carences identifiables dans leur territoire d'intervention. Parmi les offres de service potentielles à développer ou vers lesquelles orienter, il est possible de mentionner le prêt ou la location de véhicules à tarif social, le covoiturage solidaire, les garages solidaires, le micro-crédit personnel pour financer le permis ou un véhicule, etc.

En tant qu'autorités organisatrices de la mobilité, les métropoles peuvent cofinancer des actions en ce sens, en veillant sur leur territoire à la complémentarité de l'ensemble des actions de mobilité solidaire entre elles et à leur bonne articulation.

#### Cas particulier : financement de l'ingénierie pour la planification de la mobilité solidaire

Afin de préfigurer ou d'améliorer le déploiement d'une ou plusieurs plateformes de mobilité solidaire sur le territoire en identifiant les besoins et l'offre disponible, les crédits de l'axe « Transition écologique solidaire » du Pacte des solidarités peuvent être mobilisés pour le financement d'ingénierie destinée au recensement et à la coordination des actions.

Dans la mesure du possible, cette action d'ingénierie s'inscrira dans le déploiement d'un plan d'action commun en faveur de la mobilité solidaire (PAMS) tel qu'il est défini dans la loi d'orientation des mobilités (LOM). Ces derniers doivent permettre la coordination entre le conseil régional, le conseil départemental, les AOM locales et Pôle emploi afin d'assurer que les actions de mobilité solidaire sont complémentaires et s'insèrent de manière pertinente dans l'ensemble des actions de mobilité dans une logique d'universalisme proportionné.

<sup>10</sup> Pôle emploi propose notamment des aides financières à la mobilité et recense celles disponibles sur la plateforme « Mes aides ». Le conseiller Pôle emploi peut également prescrire un bilan mobilité réalisé par les plateformes dans le cadre d'une convention.

Dans le cadre des PAMS ou non, la mise en place ou le maintien d'une gouvernance locale multipartite de la mobilité solidaire seront recherchés. Elle pourra notamment s'appuyer sur les gouvernances déjà développées par certains commissaires à la lutte contre la pauvreté et se développer en intégrant mieux les enjeux des employeurs et les questions de coordination et de visibilité des financements pour les acteurs de mobilité solidaire.

➤ **Financement de solutions d'éco-mobilité inclusives**

Comme la mobilité dans son ensemble, les actions de mobilité solidaire doivent s'adapter aux enjeux de transition écologique. Il est donc proposé, notamment pour les métropoles où des ZFE sont mises en place et les territoires limitrophes, de financer directement ou via des plateformes de mobilité solidaire des actions d'éco-mobilité inclusive dans le cadre des pactes locaux des solidarités.

Les solutions suivantes peuvent ainsi être cofinancées, aussi bien en investissement dans la limite de 20 % des crédits totaux contractualisés dans l'axe « Transition écologique solidaire » qu'en fonctionnement :

- des garages solidaires louant des véhicules adaptés aux réglementations des ZFE et/ou réalisant des actions de réparation et de retrofit ;
- des actions de location à tarif social de vélos ou véhicules intermédiaires (véhicules de moins de 600 kg situés entre le vélo classique et la voiture). Ces dernières peuvent avoir lieu dans le cadre d'une structure de location tout public ;
- l'organisation de co-voiturage solidaire et de partage de véhicules pour les publics en situation d'insertion ;
- des dispositifs d'accompagnement social et financier des publics modestes pour l'accès à un véhicule propre, notamment en location avec offre d'achat, agissant ainsi en « ensemble solidaire » des différentes aides et sources de financement disponibles et réalisant les avances de frais nécessaires.

En revanche, les aides à l'achat de véhicules dans le cadre des ZFE ne peuvent être financées dans le cadre des pactes locaux des solidarités dans la mesure où l'État finance déjà des aides à l'achat par ailleurs.

En plus des indicateurs locaux qui pourront être définis, les actions de mobilité solidaire font l'objet d'un indicateur national pourvu d'une trajectoire d'objectif :

*Nombre de personnes ayant fait l'objet d'un diagnostic de mobilité par une personne formée et ayant bénéficié d'au moins une action de levée des freins à la mobilité à la suite de ce dernier.*

À noter que l'action de levée des freins à la mobilité n'a pas nécessairement besoin d'avoir été cofinancée dans le cadre des pactes locaux des solidarités. Cet indicateur doit également inclure les actions de mobilité financées sur l'axe « Accès à l'emploi » (cf. *guide des indicateurs*).

### **III. Sous-axe 3 : accès à l'alimentation durable pour tous**

#### Contexte et modalités d'intervention des collectivités

L'alimentation est marquée par un fort gradient social, notamment parce que la structure des prix n'est pas favorable à l'équilibre nutritionnel et environnemental. Cette situation a des effets immédiats sur la santé des plus précaires.

Ainsi, les ménages appartenant au premier décile dépensent 50 % de moins en fruits et légumes que la moyenne nationale<sup>11</sup>. En consacrant moins de 4 € par jour et par personne pour l'alimentation, comme c'est le cas pour le premier décile de revenu, il est très difficile d'avoir une alimentation équilibrée, particulièrement à cause du prix des légumes et des fruits frais. Par ailleurs, et au-delà des enjeux de justice sociale et de santé publique, la question écologique est au cœur des attentes des plus aisés comme des plus modestes dont la demande pour une consommation plus saine et plus respectueuse de l'environnement progresse fortement. Ces différents objectifs sont complémentaires puisque les produits sains sont souvent également plus durables.

<sup>11</sup> Enquête budget des familles, Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE).

Au total, 11,4 % de la population est en situation d'insécurité alimentaire, soit 7 à 8 millions de personnes en France qui n'ont pas accès à une alimentation variée et nutritive en quantité suffisante qui satisfasse leurs besoins nutritionnels et leurs préférences alimentaires pour leur permettre de mener une vie active et saine<sup>12</sup>. La situation est encore plus complexe pour les 2 à 4 millions de personnes bénéficiaires de l'aide alimentaire avec des prévalences de pathologies en lien avec la nutrition (obésité, hypertension artérielle, diabète, certains déficits vitaminiques) particulièrement élevées par rapport à la population générale. En particulier, 17 % de la population française est en situation d'obésité contre 28,8 % pour les usagers de l'aide alimentaire<sup>13</sup>.

Enfin, les disparités sociales commencent très tôt puisqu'en grande section de maternelle, la prévalence de l'obésité est 4,5 fois supérieure parmi les enfants d'ouvriers que parmi les enfants de cadres<sup>14</sup>. L'accès à la restauration collective des plus modestes pendant la scolarité peut alors jouer un rôle déterminant, mais seuls 30 % des élèves de second degré en établissement REP+ mangent à la cantine contre 70 % en moyenne pour l'ensemble des établissements<sup>15</sup>.

Face à ces enjeux, les métropoles peuvent agir dans au moins 3 cadres distincts :

- 1) celui des projets alimentaires territoriaux (PAT) issus de la Loi n° 2014-1170 du 13 octobre 2014 d'avenir pour l'agriculture, l'alimentation et la forêt et dotés d'objectifs de lutte contre la précarité alimentaire dans le cadre de la Loi n° 2018-938 du 30 octobre 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous (Egalim I) ;
- 2) celui des contrats locaux de santé (CLS), outil porté conjointement par l'agence régionale de santé et la collectivité visant à réduire les inégalités territoriales et sociales de santé. Une feuille de route commune entre PAT (projet alimentaire territorial) et CLS d'un même territoire (le cas échéant) peut faciliter la mise en place d'actions concertées en matière de lutte contre l'insécurité alimentaire et d'accès à l'alimentation durable pour tous ;
- 3) celui de leur compétence de restauration collective pour les écoles et les collèges en favorisant l'accès de tous les élèves à une alimentation saine et durable selon les critères définis par la Loi n° 2021-1357 du 18 octobre 2021 visant à protéger la rémunération des agriculteurs (Egalim II).

Alors que le programme « Mieux manger pour tous » initié en 2023 permettra de répondre aux enjeux d'amélioration de la qualité et de la durabilité des denrées de l'aide alimentaire, au déploiement d'actions opérationnelles de lutte contre la précarité alimentaire des PAT et de porter d'autres expérimentations (chèques alimentaires, accompagnement, jardins solidaires, etc.), les pactes locaux des solidarités ont vocation à se concentrer sur :

- L'articulation logistique et la mutualisation des moyens pour les actions de lutte contre la précarité alimentaire ;
- L'accès effectif des élèves les plus défavorisés à une alimentation saine et durable dans un cadre scolaire.

#### Actions pouvant intégrer la contractualisation

- Structuration logistique et mutualisation des moyens en faveur des actions de lutte contre la précarité alimentaire.

Par leur activité d'organisation de l'approvisionnement, notamment pour la restauration collective et en lien avec les associations d'aide alimentaire, les collectivités peuvent favoriser la mutualisation des moyens permettant l'accès à des produits durables et de qualité, en particulier frais et locaux pour les populations modestes. Il s'agit ainsi de favoriser la coordination des actions, d'assurer que les actions de lutte contre la précarité alimentaire disposent des moyens logistiques et administratifs pour l'intégration de produits durables et de qualité, en particulier frais et locaux, et ultimement de baisser leurs coûts logistiques pour concentrer l'effort sur les publics.

<sup>12</sup> Enquête INCA3, Agence nationale sécurité sanitaire alimentaire nationale (ANSES).

<sup>13</sup> Enquête ABENA2, Institut de veille sanitaire (InVS)-Institut national de prévention et d'éducation pour la Santé (INPES).

<sup>14</sup> DREES, enquête nationale de santé réalisée auprès des élèves de CM2.

<sup>15</sup> Panorama statistique de la cohésion sociale, du travail et de l'emploi 2022.

Les crédits du pacte des solidarités pourront ainsi être utilisés pour les actions d'investissement, d'ingénierie et de fonctionnement visant à la :

- mutualisation des espaces de stockage et de préparation des commandes pour faciliter l'accès aux produits durables et de qualité, en particulier frais et locaux, et de gestion des surplus d'autres activités alimentaires, notamment en lien avec les associations d'aide alimentaire ;
- mutualisation des outils de liaison froide, par exemple par la mise à disposition à titre gracieux de chambre froide pour un collectif d'acheteurs groupés lors de la réception de grosses commandes et/ou sessions de glanages ;
- mutualisation du sourcing des produits, par exemple en subventionnant un logisticien pour structurer la politique achat sur la base d'un cahier des charges concerté pour faciliter l'accès aux produits durables et de qualité, en particulier frais et locaux ;
- mutualisation pour l'appui administration et logistique des associations d'aide alimentaire habilitées, notamment pour la ramasse et la distribution des dons (issus des grandes et moyennes surfaces [GMS], de la restauration collective, des producteurs agricoles, des industries agroalimentaires).

Les actions ainsi soutenues par les crédits des pactes locaux des solidarités peuvent être menées dans le cadre d'un PAT. L'inscription dans ce cadre sera même recherchée afin de poursuivre en complémentarité du programme « Mieux manger pour tous » le développement de ces outils de territorialisation et de transformation écologique des solidarités alimentaires. Il est également possible de soutenir la mise en place d'un groupement d'intérêt public (GIP) regroupant les associations luttant contre la précarité alimentaire.

- Favoriser le développement d'une offre de restauration scolaire accessible et attractive pour les élèves modestes, en particulier dans les établissements en zone d'éducation prioritaire.

La restauration collective en milieu scolaire est un puissant moyen de lutte contre l'insécurité alimentaire et d'action en faveur de la réussite scolaire des élèves les plus modestes. Dans le cadre de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, l'État a initié une politique de soutien à la tarification sociale des cantines des communes rurales aux moyens limités afin de soutenir leurs élèves les plus modestes. Les métropoles, disposant de moyens financiers et d'ingénierie plus importants, mettent déjà parfois en place des politiques de tarification sociale à destination des élèves modestes. En particulier, environ 40 % des départements pratiquent des tarifs différenciés selon les revenus des foyers des élèves fréquentant les collèges publics.

Afin de soutenir la systématisation de politiques d'accès effectif des plus modestes à la restauration collective et ultimement à des produits de qualité, les crédits des pactes locaux des solidarités pourront être mobilisés pour favoriser le déploiement de tarifications sociales dans les cantines des collèges situés en REP/REP+.

Peut ainsi être intégré à la contractualisation, le financement et la mutualisation au niveau de la collectivité des moyens administratifs nécessaires à la mise en place de tarifications sociales, évitant ainsi une gestion administrative lourde pour les équipes de gestion des établissements scolaires.

Par ailleurs et à condition qu'une mesure similaire n'ait pas déjà été mise en place par la collectivité, les crédits des pactes locaux des solidarités peuvent être mobilisés pour compenser une partie des pertes de revenus liées à la mise en place d'une tarification sociale dans ces établissements.

La contribution de l'État ne pourra dépasser 30 % des crédits de l'État co-contractualisés dans le cadre de l'axe « Transition écologique solidaire » du pacte local des solidarités et sera d'1 € pour chaque repas tarifé à moins d'1 € à des élèves dont le quotient familial sera au plus élevé de 1 000 €. La collectivité est libre de fixer des conditions de quotient familial (QF) plus strictes pour la mise en place d'une tarification à moins d'1 € en fonction des coûts anticipés de la mesure. En cas de recours plus important que prévu à l'aide mise en place par la collectivité, le co-financement de l'État ne pourra être augmenté par rapport au montant initialement contractualisé.

Les élèves non allocataires de la CAF seront éligibles à ce dispositif par équivalence au quotient familial, en particulier ceux en situation de grande précarité à l'hôtel ou en bidonville.

En plus du suivi pluriannuel du taux de recours à la cantine des élèves en REP/REP+ permis par la statistique publique, l'action de soutien à la tarification sociale fera l'objet d'un indicateur national.

<i>Nombre d'élèves en établissement REP/REP+ bénéficiant d'une tarification sociale à moins d'1 € par repas.</i>
--

## Annexe 5

**Cadrage administratif et financier des contrats locaux des solidarités**

Considération préalable :

Le terme « métropoles » employé dans la présente instruction désigne les 20 métropoles au sens de la loi MAPTAM<sup>1</sup>, la communauté urbaine de Perpignan Méditerranée Métropole et la communauté d'agglomération Amiens Métropole, toutes précédemment signataires d'une convention d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi (CALPAE) avec l'État. La Ville de Marseille est également concernée par la présente instruction.

**I. Cadrage des actions des pactes locaux des solidarités****a. Thématiques et choix des actions**

Les métropoles devront engager au moins une action issue des référentiels proposés dans chacun des 4 axes :

1. Prévenir la pauvreté et lutter contre les inégalités dès l'enfance ;
2. Amplifier la politique d'accès à l'emploi pour tous ;
3. Lutter contre la grande exclusion grâce à l'accès aux droits ;
4. Construire une transition écologique solidaire.

L'État veillera à ce que les actions proposées soient suffisamment structurantes au sein de chaque axe, en évitant une dispersion de trop nombreuses actions pour se concentrer sur des actions garantissant un réel effet levier.

Chaque axe contient un document de cadrage dit « référentiels », avec des indicateurs nationaux. Ces référentiels sont annexés à la présente instruction.

Chaque action proposée devra à la fois être le fruit des priorités issues du diagnostic de territoire mené au cours de l'année 2023 à l'échelle départementale, et être conforme au référentiel de l'axe concerné par l'action. Elle devra être suffisamment précise et comporter des indicateurs ad hoc.

**b. Actions éligibles**

Le principe qui doit guider chaque choix d'action à contractualiser au sein des contrats locaux des solidarités est d'avoir un effet d'impulsion et d'accélérateur sur la prévention et la lutte contre la pauvreté. Il s'agit d'éviter autant que possible au sein du contrat local la valorisation d'actions existantes à périmètre constant et les effets d'aubaine.

**Les actions éligibles sont des actions nouvelles ou renforcées.**

Est définie comme action nouvelle, une action qui émerge de la nouvelle contractualisation 2024 et est issue des priorités remontées par les diagnostics de territoire menés au cours de l'année 2023.

Est définie comme action renforcée, une action pouvant avoir été lancée avant les pactes locaux des solidarités mais dont la pertinence aura été confortée par les diagnostics de territoire et que les crédits État permettront d'intensifier (par exemple, une hausse de la file active / un élargissement du public touché). Dans ce cas, les crédits apportés par les contrats locaux cibleront uniquement la part supplémentaire, renforcée de cette action. La métropole doit également s'engager à financer la part nouvelle ou renforcée de l'action.

---

<sup>1</sup> LOI n° 2014-58 du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles d'Aix-Marseille-Provence, Bordeaux, Brest, Clermont-Auvergne, Dijon, Grenoble, Lille, Metz, Montpellier, Nantes, Nancy, Nice-Côte d'Azur, Orléans, Rennes, Rouen, Saint-Étienne, Strasbourg, Toulon-Provence-Méditerranée, Toulouse, Tours-Val-de-Loire.

Il pourra être admis, mais de façon limitée, la reconduction du financement d'actions issues des précédentes contractualisations CALPAE, à périmètre constant et sans renfort, si ces actions ont fait la preuve de leur efficacité et pertinence, et en accord avec les deux parties cocontractantes. Vous veillerez à ce que leur poursuite soit pleinement justifiée, en termes d'efficacité et d'impact de l'action sur les bénéficiaires visés, ainsi qu'en termes de conformité avec le cadrage du référentiel correspondant.

Les actions contractualisées peuvent être exécutées par un tiers, via une subvention auprès de l'opérateur ou la passation d'un marché public, ou être réalisées en régie par la collectivité cocontractante.

Dans ce second cas, l'action nouvelle ou renforcée peut se traduire par du recrutement interne à la métropole ou par l'évolution substantielle de fiches de poste. Le financement de temps d'ingénierie est possible, en revanche la valorisation financière de l'existant est exclue (gestion courante comme le temps de réunion, de délibérations, ressources humaines existantes ou non renforcées, etc.).

Le cofinancement des actions par le FSE+ est possible pour les actions nouvelles (uniquement), sur la part apportée par la métropole (le financement FSE+ pour la part État est exclu).

## **II. Financement**

### **a. Modalités de financement**

Afin de laisser une marge de manœuvre aux cocontractants pour répartir au mieux les crédits et les actions au sein du contrat local, tout en s'assurant que toutes les dimensions du Pacte des solidarités soient bien investies, les métropoles se verront proposer un montant à contractualiser pour chaque axe. Cette participation financière de l'État est un montant plafond qui doit être négocié au plus juste avec la métropole concernée, en fonction des actions arbitrées et de sa capacité à les réaliser.

Une fongibilité des crédits entre les axes est autorisée entre les quatre axes, sous réserve de respecter un socle minimal de contractualisation de 20 % du montant proposé pour chaque axe.

Cela permet d'assurer un minimum d'investissement sans rigidifier trop fortement le choix des actions.

### **b. Cofinancement des actions**

Un cofinancement est établi entre l'État et la métropole pour chacune des actions contractualisées. Ce cofinancement est fixé à 50 % part État et 50 % part métropole pour chaque action, et non au global.

Vous vous assurerez que les crédits liés à la contractualisation ne se substituent pas aux dépenses de la collectivité qui intervient bien en cofinancement à hauteur de 50 % a minima sur chacune des actions de la convention et dans le cadre des actions éligibles décrites ci-dessus.

D'autres partenaires locaux peuvent également cofinancer des actions figurant dans la convention, mais la part entre l'État et la métropole doit rester égale. Par exemple, sur un budget de 100 000 €, l'État peut apporter 40 000€, la métropole 40 000 € et la CAF 20 000 €.

### **c. Critères de répartition des crédits**

Les montants plafonds de contractualisation par métropole pour chaque axe ont été construits à partir de 2 types d'indicateurs composites :

- le nombre de personnes pauvres (50 %) ;
- un indicateur composite portant sur les enjeux spécifiques de l'axe (50 %).

#### **d. Exécution financière**

La convention est signée pour une durée de 4 ans.

Le montant négocié pour 2024 est reconduit à la même hauteur pour les 2 années suivantes (2025 et 2026), sous réserve de la disponibilité annuelle des crédits et du principe d'annualité budgétaire, ainsi que de la bonne exécution budgétaire des actions chaque année.

Sur ce dernier point, et dans le cadre du dialogue annuel conduit avec la collectivité, le ou la commissaire à la lutte contre la pauvreté, appuyé(e) par la DEETS, veillera à la bonne consommation des crédits de l'année n-1. Une partie des crédits octroyés l'année suivante (année n) sera revue à la baisse, si l'exécution comptable des actions en année n-1 fait état d'une sous-consommation manifeste de certaines actions, sans lien avec la trajectoire prévue et sans justification opérante de la part de la métropole.

Le montant des crédits délégués pour la 4<sup>ème</sup> année sera conditionné à l'évaluation faite à mi-parcours sur les 2 premières années de la convention et pourra dans ce cadre être renégocié à la baisse par l'État. Cette révision financière se basera sur le niveau de consommation des crédits, sur la réalisation des actions et sur l'atteinte des cibles fixées pour chaque action (ex. de critère pouvant donner lieu à une révision à la baisse : cible prévue en année n+1 atteinte à moins de 50 %).

### **III. Indicateurs et reporting**

#### **a. Indicateurs locaux**

Chaque action contractualisée doit faire l'objet d'indicateurs de réalisation et de performance, définis localement entre les services de l'État et la métropole co-contractante.

Chacune comportera un indicateur T0. Une cible finale sera fixée pour chaque indicateur ainsi qu'une trajectoire progressive sur les 4 ans de la convention et des cibles intermédiaires fixées annuellement.

La métropole devra renseigner annuellement les indicateurs contractualisés, dans son rapport d'état d'avancement annuel réalisé pour le comité de suivi, ainsi que dans son rapport d'exécution à mi-parcours. Le tableau des indicateurs locaux est joint dans la trame de contrat local des solidarités entre l'État et la métropole, en annexe 8 de la présente instruction.

#### **b. Indicateurs nationaux**

Sur les grands ensembles d'actions définies par l'État au sein des référentiels, des indicateurs nationaux obligatoires sont prévus. Ils sont volontairement larges afin d'englober une diversité de projets adaptés au terrain et leur reporting annuel ne dispense pas de la mise en place d'indicateurs locaux plus précis pour chaque action.

Ces indicateurs nationaux devront faire l'objet d'une prévision de trajectoire locale progressive sur 4 ans afin d'avoir une vision d'ensemble de l'atteinte des objectifs.

La métropole devra renseigner annuellement les indicateurs nationaux dans son état d'avancement annuel réalisé pour le comité de suivi, ainsi que dans son rapport d'exécution à mi-parcours. Le tableau des indicateurs nationaux de la contractualisation est joint en annexe 9 de la présente instruction.

En parallèle de cette remontée d'indicateurs nationaux, l'État pourra mobiliser les indicateurs de la statistique publique afin de partager une vision d'ensemble de l'attente des objectifs des Pactes locaux des solidarités.

#### **IV. Modalités de suivi et d'évaluation des conventions**

Pour rappel, s'agissant des CALPAE conclues en 2023, les conseils métropolitains devront remettre leur rapport annuel d'exécution au plus tard le 31 mars 2024.

##### **a. Suivi annuel des pactes locaux**

Un comité de suivi ou dialogue de performance annuel sera mis en place entre les services de l'État et la collectivité. Un état d'avancement des actions et du niveau de consommation des crédits sera présenté dans ce cadre, par le biais d'un rapport succinct d'état d'avancement des actions contractualisées ou sous un autre format, laissé à l'appréciation des cocontractants. Il n'est pas obligatoire que cela fasse l'objet d'un vote en assemblée délibérante.

La ou le commissaire à la lutte contre la pauvreté transmettra, à la suite des comités de suivi ou dialogues de performance, une note synthétique à la DIPLP et DGCS, retraçant l'état d'avancement général des contrats locaux dans chacune des régions.

##### **b. Évaluation à mi-parcours**

Une évaluation approfondie sera conduite à mi-parcours, portant sur les 2 premières années de la convention.

Un rapport d'exécution sera ainsi élaboré d'ici le 31 mars 2026, portant sur l'exécution des actions, l'atteinte des résultats au regard des indicateurs, et des financements. Une trame de rapport d'exécution sera fournie ultérieurement. Comme indiqué ci-dessus, cette évaluation pourra conduire à un réajustement du montant des crédits pour la dernière année de contractualisation.

##### **c. Évaluation d'impact d'actions contractualisées**

Chaque convention devra comporter une **évaluation d'impact social sur une à plusieurs actions** contractualisées, pendant toute la durée du conventionnement, soit de 2024 à 2027. Le choix de l'action ou des actions dont il conviendra d'évaluer l'impact sera opéré conjointement par l'État et le département ou la métropole cocontractante lors de la réalisation des diagnostics territoriaux préalables à la contractualisation.

Le financement de la mesure d'impact social des projets sélectionnés devra être prévu dans le coût de financement de ces projets au sein du contrat local.

##### **d. Évaluation finale**

Un diagnostic de territoire final devra être produit en 2027, sur la base du T0 du diagnostic territorial, pour évaluer la contractualisation 2024-2027 et préparer le cas échéant la génération suivante de contractualisation.

Ce diagnostic pourra être réalisé par un tiers, à l'instar des diagnostics de territoires réalisés en 2024. Les modalités de financement seront définies ultérieurement.

#### **V. Gouvernance**

Une gouvernance multipartenariale devra être mise en place pour chaque convention, dans la suite des comités de suivi instaurés pour les diagnostics territoriaux. Elle veillera à associer les acteurs locaux, en sus de l'État et du département ou de la métropole, tels que Pôle emploi, la CAF, l'ARS, la CPAM, le rectorat et des acteurs associatifs, voire universitaires.

Une feuille de route pourra être établie entre les acteurs, déclinant de manière opérationnelle les engagements établis dans le cadre du Pacte signé par l'ensemble des partenaires (cf. infra « Format de la convention »).

### **a. Comitologie**

La composition précise, la fréquence et les modalités de la comitologie de cette gouvernance sont laissées à l'appréciation de la ou du commissaire à la lutte contre la pauvreté et des services déconcentrés de l'État et des signataires de la convention. Cette comitologie peut être commune à la métropole et au département d'un même territoire.

Vous veillerez à ce qu'un comité se réunisse a minima une fois par an pour partager conjointement l'avancement des actions contractualisées, et qu'il associe les partenaires concernés par les actions du pacte local.

Une articulation fine devra être opérée avec les autres conventions que l'État conclut avec la métropole et leur comitologie associée.

### **b. Suivi du pacte local**

Il est instauré la possibilité de financer dans le cadre des contrats locaux une personne référente du pacte des solidarités en métropole, avec du temps clairement dégagé sur cette mission. Cette personne référente pourra également assurer une mission transversale d'interconnaissance et de coordination des différentes actions portées sur les 4 axes.

### **c. Format de la convention**

Deux documents sont proposés à la signature :

- **un Pacte**, signé par l'ensemble des partenaires associés au niveau métropolitain, en sus des deux parties principales État/Métropole, impliquant organismes de sécurité sociale, Pôle emploi, ARS, CPAM, CAF, département, région, commune, DASEN, et le cas échéant des acteurs associatifs, universitaires, etc. Ce document sera signé une seule fois pour les 4 ans et comportera les engagements de chacune des parties signataires en matière de prévention et de lutte contre la pauvreté pour la durée du Pacte local et, si possible, leurs modalités de coopération. La période de signature de ce Pacte peut être dissociée de celle du contrat et ne pas se faire en même temps. Une trame est annexée à la présente instruction. Si la métropole et le conseil départemental en sont d'accord, un seul Pacte peut être signé à l'échelle départementale, marquant l'engagement de tous les acteurs locaux mentionnés plus haut ;
- **le contrat** impliquant les deux parties prenantes, État et Métropole, avec les engagements financiers respectifs et l'ensemble des fiches actions détaillées de la convention. Ce document devra être signé pour le 1<sup>er</sup> janvier 2024 et au plus tard d'ici fin mars 2024 et comportera des avenants annuels. Possibilité est donnée d'inclure la signature d'autres partenaires qui seraient co-financeurs d'une ou de plusieurs actions figurant dans la convention.

## **VI. Processus d'élaboration des conventions**

### **a. Durée du conventionnement**

Les contrats locaux des solidarités sont conclus pour une durée de quatre ans, sur la période 2024-2027 incluse et sont signés entre le préfet de département et le président du conseil métropolitain.

Les contrats locaux démarrent au 1<sup>er</sup> janvier 2024 et s'achèvent au 31 décembre 2027. Ils peuvent être dénoncés par l'une des parties signataires en cours de conventionnement.

Ces contrats font l'objet d'avenants financiers annuels, conformément au principe d'annualité financière. Ces avenants peuvent être l'occasion de réajustement des actions contractualisées et des montants qui y sont dédiés, sous accord exprès des deux parties cocontractantes.

Un modèle de convention type est annexé à la présente instruction.

**b. Liste des collectivités éligibles**

Les métropoles signataires des précédentes CALPAE sont éligibles dans leur ensemble à un pacte local des solidarités. Cela concerne les 20 métropoles au sens de la Loi n° 2010-1563 du 16 décembre 2010 de réforme des collectivités territoriales (Aix-Marseille-Provence, Bordeaux, Brest, Clermont-Auvergne, Dijon, Grenoble, Lille, Metz, Montpellier, Nantes, Nancy, Nice-Côte d'Azur, Orléans, Rennes, Rouen, Saint-Étienne, Strasbourg, Toulon-Provence-Méditerranée, Toulouse, Tours-Val-de-Loire.) et la communauté d'agglomération Amiens Métropole et la communauté urbaine Perpignan Méditerranée Métropole.

À cette liste de 22 métropoles, sera ajoutée la possibilité de négocier, pour 2025, des pactes locaux des solidarités avec des communautés d'agglomération (CA) et communautés urbaines (CU) métropolitaines supplémentaires, sélectionnées parmi une liste d'intercommunalités préalablement établie au niveau national. La procédure de sélection de ces intercommunalités se fera par un appel à manifestation d'intérêt (AMI) national, en fonction de critères de pauvreté préétablis. Cet AMI devrait être lancé au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2024.

La ville de Marseille est également éligible à un pacte des solidarités.

**c. Négociation des conventions**

Il appartient à la ou au commissaire à la lutte contre la pauvreté / au préfet de département d'informer le président du conseil métropolitain des crédits prévisionnels dont la métropole est susceptible de bénéficier.

Il leur appartient également de proposer l'engagement d'une négociation visant à définir le contenu du contrat au regard du diagnostic de territoire établi en amont.

**d. Calendrier de négociation**

Des diagnostics de territoire sont en cours à l'échelle départementale et devront être finalisés au plus tard en décembre 2023. Ces diagnostics font l'objet de comités de suivi composés d'acteurs locaux (État/Département-Métropole, CAF, Pôle emploi, ARS, CPAM, région, rectorat, etc.).

Les conventions devront être finalisées d'ici la fin de l'année 2023, pour un démarrage de l'ensemble des contrats locaux des solidarités au 1<sup>er</sup> janvier 2024.

L'approbation en assemblée délibérante de ces conventions et leur signature par les parties prenantes pourra se faire entre décembre 2023 et le 1<sup>er</sup> trimestre 2024 au plus tard.

## Annexe 6

### **Guide des indicateurs nationaux de la contractualisation 2024-2027**

#### **REPORTING DES INDICATEURS DES PACTES LOCAUX DES SOLIDARITES**

En mars 2025, l'ensemble des métropoles signataires des contrats locaux des solidarités devront renseigner les indicateurs nationaux des actions contractualisées dans le cadre des référentiels pour la période du 01/01/2024 au 31/12/2024 (dates de prise en compte des actions dans le cadre de la remontée des indicateurs 2024).

Il en sera de même les années suivantes : les métropoles devront renseigner les indicateurs nationaux en mars 2026, pour la période du 01/01/2025 au 31/12/2025, en mars 2027 pour la période du 01/01/2026 au 31/12/2026 et en mars 2028 pour la période du 01/01/2027 au 31/12/2027.

Pour rappel, ces indicateurs nationaux sont obligatoires sur certaines actions contractualisées et toujours complémentaires des indicateurs définis localement. Comme ces derniers, ils font l'objet d'une trajectoire d'objectif définie lors des diagnostics de préfiguration et renseignée sur les fiches actions initiales. Lors de la remontée d'information nationale, il sera demandé d'indiquer la cible de l'indicateur sur l'année et possible de mettre des commentaires à côté de chaque entrée d'indicateur. Le rapport annuel d'exécution devra également comporter en annexe un tableau des indicateurs, nationaux et locaux, dûment renseigné pour la même période.

Ce guide a pour objectif de préciser les définitions des indicateurs nationaux pour en faciliter la remontée. Ces derniers sont néanmoins volontairement plus larges que ceux des précédentes conventions d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi (CALPAE), afin de pouvoir englober une plus grande diversité d'actions s'inscrivant dans le cadre des référentiels.

De manière générale, il est demandé aux métropoles de conserver d'une année sur l'autre le même périmètre et la même méthode de décompte pour les indicateurs nationaux comme locaux. Toute évolution nécessaire devra être précisée en commentaire avec l'effet exact qu'elle a eu sur le décompte de l'année par rapport à la méthode utilisée antérieurement.

**Axe « Prévenir la pauvreté et lutter contre les inégalités dès l'enfance »**

*Nombre de familles précaires avec enfants ayant bénéficié d'actions d'aller vers et/ou d'accompagnement dans la parentalité.*

Cet indicateur concerne et englobe sans distinction les actions :

- de meilleur repérage et d'aller vers de familles en situation de fragilité ;
- de soutien et d'accompagnement des enfants de famille précaires de façon adaptée ;
- de soutien aux programmes et dispositif sur des éléments clés du parcours des enfants ou des parents en précarité ou risque de précarité.

Dans le cas des actions de repérage et d'aller vers, ne seront concernées que les prises de contact qui ont abouti à la proposition d'au moins un dispositif ou solution lors d'un échange dédié.

Dans le cas des actions de soutien et d'adaptation à des dispositifs existants, seront comptabilisées toutes les familles qui ont bénéficié du renforcement par la collectivité même si ce dernier n'est qu'une partie de l'action d'accompagnement globale.

Sont définies comme précaires toutes les familles qui auront été ciblées par la collectivité dans la construction de l'action mise en place, indépendamment de la connaissance de critères de pauvreté monétaire par exemple. La collectivité est libre d'y inclure des familles à risque de précarité dans une démarche de prévention.

Dans les cas où l'action porte spécifiquement sur l'enfant et qu'il est difficile de faire le lien avec la famille, une « famille » sera comptabilisée par enfant sans prendre en compte la possibilité que plusieurs enfants appartiennent à la même famille.

Des indicateurs locaux plus précis seront définis pour chacune des actions spécifiques mise en place par la collectivité. Ils pourront être additionnés pour la remontée d'information sur l'indicateur national.

*Nombre de mères seules sans domicile avec enfants de moins de 3 ans accompagnées.*

Cet indicateur concerne toutes les actions d'accompagnement de parcours concernant des femmes sans domicile avec enfants de moins de 3 ans, y compris en CHU, CHRS, hôtel, ou dans les premières étapes de leur réinsertion dans du logement de droit commun. Concernant la limite des moins de 3 ans, c'est l'âge de l'enfant au moment de la prise en charge dans le cadre de l'action qui doit être retenu.

Les actions comptabilisées dans cet indicateur ne peuvent être également incluses dans d'autres, en particulier celui sur l'accompagnement de familles précaires avec enfants.

*Nombre d'adolescents (mineurs) ayant bénéficié des actions en matière de prévention et de traitement du décrochage scolaire et des actions d'ouverture à la culture, aux sports et aux loisirs.*

Cet indicateur concerne et englobe sans distinction les actions de prévention du décrochage scolaire et « d'ouverture des horizons ».

Sont considérés comme adolescents, les enfants de plus de 11 ans et de moins de 16 ans au moment du début de l'action.

Seront comptabilisés comme bénéficiaires l'ensemble des adolescents en contact avec l'action de la collectivité, y compris lorsque cette dernière vient renforcer un dispositif ou un programme existant.

Lorsque l'action de la collectivité se fait en soutien d'un dispositif existant qui accueille régulièrement du public, une attention particulière sera portée au fait de ne considérer que les 11 à moins de 16 ans, avec la possibilité de faire des estimations.

Des indicateurs locaux plus précis seront définis pour chacune des actions de la collectivité. Ils pourront être additionnés pour produire l'indicateur national.

*Nombre de jeunes de 16 à 25 ans sans solution bénéficiaires des actions en matière d'aller vers et en matière de mobilisation vers l'autonomie.*

La définition de « jeune sans solution » sera précisée par la collectivité lors de la construction de l'action. En particulier, elle pourra ne pas réunir nécessairement les trois conditions d'être ni en études, ni en emploi ni en formation à condition de cibler des jeunes à risque de l'être. Des actions de prévention du décrochage universitaire peuvent ainsi être incluses.

En cas de développement d'un dispositif existant comme les PAEJ, seront comptabilisés tous les jeunes correspondant à la définition bénéficiant de ce renforcement du PAEJ.

Pour les actions d'aller vers et de repérage, ne seront comptabilisés que les jeunes s'étant vu proposer au moins une solution lors d'un entretien dédié (les actions d'ingénierie pour des diagnostics des besoins, des outils ou de recensement des offres ne seront ainsi pas comptabilisées en tant que telles).

Des indicateurs locaux plus précis adaptés à la ou les actions contractualisées seront mis en place. Ils pourront être additionnés pour produire l'indicateur national.

**Axe « Amplifier la politique d'accès à l'emploi pour tous »**

*Nombre de personnes en recherche d'emploi et en situation de précarité bénéficiant d'une action de levée des freins sociaux.*

Des indicateurs locaux plus précis adaptés à chaque action de levée des freins seront mis en place localement.

En cas de soutien à une structure existante de levée de freins sociaux pour la prise en charge de publics demandeurs d'emploi, seuls ces derniers devront être comptabilisés dans l'indicateur. Cette distinction s'applique par exemple au financement de plateformes de mobilité solidaire.

En ce qui concerne l'action de formation des travailleurs sociaux à différentes problématiques de levées des freins sociaux, elle est comptabilisée uniquement dans l'indicateur dédiée. Pourront néanmoins être incluses dans l'indicateur des actions réalisés par des travailleurs sociaux formés.

*Nombre de professionnels formés aux actions de levée des freins sociaux (illettrisme, mobilité, etc.).*

Cet indicateur concerne tout acte de formation, y compris sous la forme de webinaire.

Lorsqu'un professionnel bénéficie de plusieurs formations aux thématiques différentes, il sera comptabilisé une seule fois dans l'indicateur.

Seules seront prises en compte les formations qui font l'objet d'un financement dans le cadre du Pacte des solidarités.

*Parmi les personnes en recherche d'emploi et en situation de précarité bénéficiant d'une action de levée des freins sociaux, nombre de :*

- personnes en très grande précarité ;
- familles monoparentales ;
- sortants de prison.

Cet indicateur s'intègre dans le cadre des actions de repérage, d'aller vers et d'accompagnement ciblé des métropoles en direction des publics particulièrement vulnérables ou rencontrant des problématiques spécifiques. Il permet de comptabiliser le nombre de bénéficiaire par catégorie-type d'actions menées pour lever leurs freins sociaux.

**Axe « Accès aux droits essentiels »*****Nombre de personnes bénéficiant de démarches d'aller vers pour l'accès aux droits.***

Cet indicateur concerne et englobe l'ensemble des démarches d'aller vers fondées sur la réalisation de visites sur le lieu de vie des personnes, de permanence délocalisée ou encore de réunions d'usagers ad hoc, parmi lesquelles l'accès aux droits des personnes touchées est recherché (potentiellement en sus d'un meilleur accès aux soins, à l'hébergement, etc.).

Dans le cas des démarches sur le lieu de domicile ou de vie, une personne sera comptabilisée pour l'ensemble du ménage. Les actions de permanence délocalisée ou de réunions d'utilisateur ad hoc comptabiliseront l'ensemble des participants. La période à prendre en compte est l'année civile.

Les actions d'aller vers présentes dans d'autres référentiels, notamment les plateformes de lutte contre la précarité énergétique ou en faveur des familles précaires avec enfants de moins de 3 ans, ne seront pas comptabilisées dans cet indicateur.

Dans la construction des indicateurs locaux, la mise en place d'un indicateur sur le nombre de personnes ayant bénéficié d'une action d'aller vers sur les lieux de vie des personnes avec proposition d'accès à au moins un droit dans le cadre d'une démarche d'aller vers sera recherchée.

***Nombre de personnes ayant bénéficié d'un accompagnement renforcé vers les droits.***

Cet indicateur concerne et englobe l'ensemble des accompagnements vers les droits qui ont été renforcés dans le cadre du financement de la contractualisation et selon les modalités proposées dans le référentiel (participation active des usagers, pair-aidance, coordination dans une démarche de référent de parcours, interprétariat, démarches en ligne, etc.).

La période à prendre en compte est l'année civile.

Ne seront en revanche pas comptabilisées les personnes bénéficiant uniquement de l'amélioration des documents de communication selon des modalités facile à lire et à comprendre (FALC).

***Nombre de professionnels de l'action sociale formés à l'évolution des pratiques.***

Cet indicateur concerne et englobe l'ensemble des formations, en présentiel et en ligne, sur les thématiques mentionnées dans le référentiel, au bénéfice des professionnels du champ social de la collectivité, dont les agents d'accueil et les cadres.

Toute formation incluse dans un autre indicateur, notamment pour la levée des freins, ne sera pas comptabilisée dans celui-ci.

Les formations ne bénéficiant pas directement du financement de la contractualisation, notamment celles du CNFPT, seront valorisées dans l'indicateur.

La mise en place d'indicateurs locaux pour chaque thématique de formation et par catégorie de professionnel sera recherchée.

***Nombre d'ETP de chargé de mission en renfort de la CCAPEX remplissant les fonctions définies dans le référentiel.***

Cet indicateur ne concerne que les ETP cofinancés avec la collectivité dans le cadre de la contractualisation.

**Nombre de dossiers pris en charge par la CCAPEX ayant abouti à la prévention d'une expulsion.**

Pour une année donnée, seront comptabilisés l'ensemble des dossiers qui se sont clôturés sur une absence d'expulsion, y compris ceux qui ont été déposés au cours de l'année précédente.

**Nombre de personnes vieillissantes en situation de précarité ayant bénéficié d'une action renforcée.**

Cet indicateur concerne et englobe l'ensemble des actions dédiées spécifiquement à ces publics dans le cadre du référentiel.

La définition de personnes vieillissantes sera laissée à l'appréciation de la collectivité.

Seront comptabilisés comme bénéficiaires, l'ensemble des personnes vieillissantes en contact avec l'action de la collectivité locale, y compris lorsque cette dernière vient renforcer un dispositif ou un programme existant.

Lorsque l'action de la collectivité locale se fait en soutien d'un dispositif existant qui accueille régulièrement du public, une attention particulière sera portée au fait de ne comptabiliser que les personnes vieillissantes en situation de précarité, avec la possibilité de faire des estimations.

Des indicateurs locaux plus précis seront définis pour chacune des actions de la collectivité. Ils pourront être additionnés pour produire l'indicateur national.

**Nombre de personnes en bidonvilles concernées par une action dédiée de services.**

Cet indicateur ne concerne que les actions financées dans le cadre de la contractualisation et englobe l'ensemble des services du sous-axe dédié aux personnes en bidonvilles.

Dans un objectif de mutualisation et de cohérence, la méthodologie utilisée par la remontée de l'indicateur national et des indicateurs locaux devra être faite selon les mêmes modalités que celles de la plateforme « Résorption-bidonvilles ».

**Nombre de personnes sans domicile concernées par une action d'accompagnement dédiée.**

Cet indicateur ne concerne que les actions financées dans le cadre de la contractualisation qui correspondent au sous axe dédié aux personnes sans domicile.

Dans le cas de renforcement de dispositifs existants, l'ensemble des personnes bénéficiaires seront comptabilisées avec la possibilité de faire des estimations.

Les outils de cartographies numériques ne seront pas pris en compte dans cet indicateur national pour des raisons de simplification.

**Axe « Transition écologique solidaire »**

*Nombre de ménages ayant fait l'objet d'une visite à domicile de lutte contre la précarité énergétique par un professionnel formé et s'étant vu proposé un soutien pour la mise en place d'au moins une solution.*

Cet indicateur concerne les plateformes de précarité énergétique, qu'elles soient construites dans le cadre du programme SLIME+ ou non.

Pour les plateformes SLIME+, l'envoi du nombre de visites à domicile tel que remonté au CLER-Réseau pour la transition écologique fait office d'indicateur national. Il n'est par ailleurs pas nécessaire de définir des indicateurs locaux supplémentaires, le renseignement annuel de ceux demandés par le CLER dans le cadre du programme suffisent.

Pour rappel, si le programme SLIME+ est spécifiquement destiné aux ménages très modestes au sens de l'ANAH, la collectivité est libre de fixer des conditions d'accès différentes si elle développe sa propre méthodologie de plateforme de lutte contre la précarité énergétique.

La ou les solutions proposées n'ont pas nécessairement à être financées dans le cadre de la plateforme de lutte contre la précarité énergétique de la collectivité (par exemple pour le recours à Mon Accompagnateur Rénov' dans le cadre du service public de rénovation de l'habitat).

La mise en place d'un indicateur local permettant de mesurer la réalisation effective des actions post-visite (par exemple 1 an après lorsque des visites de suivi sont prévues) sera recherchée.

*Nombre de personnes ayant fait l'objet d'un diagnostic de mobilité par une personne formée et ayant bénéficié d'au moins une action de levée des freins à la mobilité à la suite de ce dernier.*

Cet indicateur concerne uniquement les personnes ayant fait l'objet d'un diagnostic de mobilité au sein d'une plateforme (internalisée ou non) avant la mise en place d'une solution. La mise en place d'une action de levée des freins (location à tarif très social de véhicule intermédiaire, accompagnement vers le permis, formation à l'usage des transports en commun, etc.) ne sera pas comptabilisée dans cet indicateur mais fera l'objet d'un indicateur local si elle s'inscrit dans la contractualisation. Concernant l'indicateur national, l'action mise en place peut ne pas être financée dans le cadre de la contractualisation.

L'indicateur englobe les personnes en recherche d'emploi (faisant l'objet d'un financement sur les crédits de l'axe « Accès à l'emploi » au titre de la levée des freins) et celles financées par les crédits de l'axe « Transition écologique et solidaire » pour une prise en charge « hors statut ». Les premiers doivent également être comptabilisés dans les indicateurs de l'axe « Accès à l'emploi ».

*Nombre d'élèves en établissement REP/REP+ bénéficiant d'une tarification sociale à moins d'1 € par repas.*

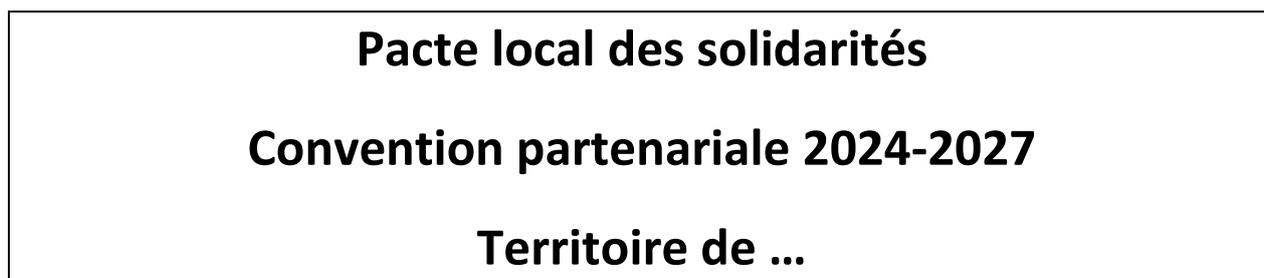
La collectivité pourra faire des estimations en tant que de besoin, avec le principe selon lequel un élève est comptabilisé une fois pour l'année scolaire et peut être comptabilisé à nouveau l'année suivante.

Pour la remontée de mars 2025, seront pris en compte les inscriptions d'élèves de la rentrée 2024.

Annexe 7

**Modèle de pacte local des solidarités**

LOGO des signataires



**Entre l'État**, représenté par la/le préfet(e) de ..., ...

**Le Conseil départemental** de ..., représenté par sa/son président(e), ...

**La Métropole** de ... représentée par sa/son président(e), ...

**La ou le commissaire à la lutte contre la pauvreté** de ..., ...

**La Caisse d'allocations familiales** de ..., représentée par sa directrice /son directeur général(e), ...

**La Caisse primaire d'assurance maladie** de ..., représentée par sa directrice /son directeur général(e),

**L'Agence régionale de santé**, représentée par ...

**Pôle emploi**, représenté par sa directrice/son directeur territorial(e) ...

**La Direction des services départementaux de l'éducation nationale**, représentée par ...

**Le Conseil régional**, représenté par sa/son président(e), ...

**La Communauté de communes** de ... représentée par sa/son président(e), ...

**Les Centres communaux d'action sociale** de .... représentés par....

*Ajouter toutes les parties prenantes nécessaires*

## SOMMAIRE

1. Contexte.....	3
1.1. Contexte local .....	3
1.2. Le Pacte national des solidarités.....	3
1.3. Les actions portées par les partenaires .....	3
2. Objet, périmètre et durée.....	3
2.1. Objet de la convention.....	3
2.2. Ambitions communes des signataires .....	4
2.3. Durée de la convention.....	4
3. Engagements.....	4
<p><i>Les engagements de chacun des signataires contribuent à l'amélioration de la qualité des accompagnements, et peuvent porter sur le développement de l'accès aux offres de services et de la visibilité des dispositifs, l'évolution des organisations et des pratiques professionnelles, la mise en œuvre d'expérimentations ou de nouveaux outils, l'échange de données, la participation des personnes... Ces engagements portent sur toute la durée du Pacte, de 2024 à 2027.</i> .....</p>	
<p>Les engagements établis dans le cadre du présent pacte local pourront se décliner, au regard de l'avancement des travaux, au sein d'une feuille de route partagée détaillant les actions opérationnelles portées par les partenaires, et ce dans le cadre de la gouvernance décrite infra.</p>	
.....	4
3.1.....	4
3.2.....	4
4. Gouvernance et organisation.....	4
4.1.....	5
4.2.....	5
5. Modalités de révision de la convention.....	5

## 1. Contexte

### 1.1. Contexte local

*Description des caractéristiques sociales du territoire et des habitants ; données qui peuvent être reprises des panoramas territoriaux de la pauvreté effectués par l'INSEE (panoramas des différents profils de pauvreté et des facteurs aggravants de la pauvreté dans chaque EPCI) et de l'état des lieux, notamment sur le volet besoins, menés dans le cadre du diagnostic territorial en 2023.*

### 1.2. Le Pacte national des solidarités

Le Pacte national des solidarités présenté le 18 septembre 2023 par la Première ministre repose sur quatre axes, dont un commun avec la réforme France Travail : la prévention de la pauvreté dès le plus jeune âge et la lutte contre les inégalités à la racine ; l'accès à l'emploi, à l'insertion pour les publics qui en sont le plus éloignés, la lutte contre la grande pauvreté par l'accès aux droits et la transition écologique solidaire. Il prend la suite de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté pour la période 2024 à 2027.

Parce que la mobilisation croissante des compétences des collectivités est essentielle en matière de lutte contre la pauvreté, le Pacte national des solidarités ambitionne de poursuivre la démarche partenariale initiée par les conventions d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi et le Service public de l'insertion et de l'emploi, et renforcer la gouvernance contractuelle des politiques de solidarités à travers la contractualisation avec les collectivités territoriales.

Le présent pacte local des solidarités matérialise les orientations territoriales stratégiques et les engagements des partenaires en matière de prévention et de lutte contre la pauvreté.

Un contrat définit par ailleurs les financements mobilisés et les actions spécifiques portées entre l'État et le Conseil départemental de ..... et l'État et la Métropole de ..... d'autre part dans ce cadre.

Ce pacte local des solidarités fait suite à un travail de diagnostic local mené en 2023, qui visait d'une part à établir un état des lieux permettant de comparer les besoins du territoire avec l'offre de service existante sur plusieurs domaines d'actions pour chaque axe du pacte des solidarités, et d'autre part à identifier les pistes d'actions prioritaires sur lesquelles contractualiser sur la période 2024-2027.

### 1.3. Les actions portées par les partenaires

*Travaux déjà en cours portés par les signataires du pacte local, en termes de lutte contre la pauvreté, d'accès aux droits et à l'emploi : CALPAE, contrat local de santé, convention territoriale globale, l'action de Pôle emploi, de la DSDEN, de la CPAM, etc.*

*Éléments issus de l'état des lieux mené dans le cadre du diagnostic territorial, notamment sur le volet offre.*

## 2. Objet, périmètre et durée

### 2.1. Objet de la convention

Le pacte local des solidarités a pour objet de rassembler les acteurs institutionnels au premier plan de la lutte contre la pauvreté sur le territoire de ..... afin d'organiser la territorialisation du Pacte national des solidarités, de manière coordonnée entre les partenaires.

La présente convention détermine les engagements stratégiques réciproques des signataires, dans le respect des compétences de chacun. Il définit les axes de travail et structure les modalités de gouvernance et de pilotage de ces travaux.

## 2.2. Ambitions communes des signataires

Dans le cadre du pacte local, les signataires coordonnent leurs actions dans le champ de la prévention de la pauvreté dès le plus jeune âge et la lutte contre les inégalités à la racine, à l'insertion pour les publics qui en sont le plus éloignés, la lutte contre la grande pauvreté par l'accès aux droits, la transition écologique solidaire.

Ce pacte local porte l'objectif d'améliorer la coordination entre les partenaires, de développer la complémentarité des dispositifs, des démarches et financements portés par les différents acteurs, en assurant le développement ou la transformation des offres de manière cohérente et efficiente pour répondre aux besoins des populations les plus vulnérables.

Il mobilise ainsi une gouvernance multi-partenariale, dans la suite des comités de suivi instaurés dans le cadre des travaux de diagnostic territorial.

## 2.3. Durée de la convention

Le pacte local s'établit pour une durée de 4 ans, de 2024 à 2027.

## 3. Engagements

*Les engagements de chacun des signataires contribuent à l'amélioration de la qualité des accompagnements, et peuvent porter sur le développement de l'accès aux offres de services et de la visibilité des dispositifs, l'évolution des organisations et des pratiques professionnelles, la mise en œuvre d'expérimentations ou de nouveaux outils, l'échange de données, la participation des personnes... Ces engagements portent sur toute la durée du Pacte, de 2024 à 2027.*

Les engagements établis dans le cadre du présent pacte local pourront se décliner, au regard de l'avancement des travaux, au sein d'une feuille de route partagée détaillant les actions opérationnelles portées par les partenaires, et ce dans le cadre de la gouvernance décrite infra.

3.1.

3.2.

## 4. Gouvernance et organisation

Des instances de coordination et d'animation sont constituées pour mettre en œuvre ces engagements.

*Cette partie a vocation à présenter les modalités de gouvernance du pacte local des solidarités, décrivant :*

- *Les instances mobilisées (par exemple un Comité stratégique Pacte des solidarités et France Travail, une commission « Solidarités, ou bien encore un COPIL et un COTECH, etc.) ;*
- *La présidence et la composition de ces instances*
- *Les modalités d'animation, le cas échéant l'équipe d'animation en charge de préparer la réunion des instances.*

**4.1.**

**4.2.**

## **5. Modalités de révision de la convention**

La convention est révisable et reconductible par voie d'avenant.

Signé à..., le

## Annexe 8

**Trame de contrat local des solidarités entre l'État et la Métropole****GOVERNEMENT**Liberté  
Égalité  
Fraternité

Logo de la collectivité

**Contrat local des solidarités****2024-2027**

Entre

**L'État**, représenté par *[indiquer le représentant de l'Etat]*, préfète/préfet du Département de *[indiquer le nom du département]*, et désigné ci-après par les termes « la préfète »/« le préfet », d'une part,

Et

**La Métropole de** *[indiquer le nom de la métropole]*, représentée par *[indiquer le représentant de la métropole]*, la/le président(e) du Conseil métropolitain de *[indiquer le nom de la métropole]*, et désigné ci-après par les termes « la Métropole » d'autre part,

**Vu** la loi n° ... du ... de finances pour 2024,

**Vu** l'instruction n° DGCS/SD1B/2023/168 du 27 octobre 2023 relative à la mise en œuvre territoriale du Pacte national des solidarités à travers des pactes et contrats locaux des solidarités conclus entre l'État et les conseils métropolitains pour les années 2024-2027 ;

**Vu** la délibération de la séance plénière / commission permanente de la Métropole de *[indiquer le nom de la métropole]* en date du *[indiquer la date de délibération de la commission permanente ou de l'assemblée délibérante]* autorisant la/le président(e) du Conseil métropolitain à signer la présente convention du pacte local des solidarités,

Il est convenu ce qui suit :

**PRÉAMBULE**

Le Pacte national des solidarités prend la suite de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté. Il repose sur quatre piliers, chacun ancré dans l'un des grands chantiers du quinquennat : la prévention de la pauvreté dès le plus jeune âge et la lutte contre les inégalités dès l'enfance, l'accès à l'emploi, à l'insertion pour les publics qui en sont le plus éloignés, la lutte contre la grande pauvreté par l'accès aux droits et la transition écologique solidaire.

Le Pacte national des solidarités entend poursuivre la démarche partenariale initiée par la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté avec les collectivités avec les conventions d'appui à la lutte contre la pauvreté et d'accès à l'emploi, et renforcer la gouvernance contractuelle des politiques de solidarités.

C'est dans ce cadre que les pactes locaux des solidarités se déploient sur la période 2024-2027 et déclinent des actions territoriales dans les champs de la prévention de la pauvreté dès le plus jeune âge et la lutte contre les inégalités dès l'enfance, la lutte contre la grande pauvreté par l'accès aux droits et la transition écologique solidaire.

### **ARTICLE 1 – OBJET DE LA CONVENTION**

Par la présente convention, la préfète/le préfet et la Métropole de *[nom de la métropole]* définissent des engagements réciproques relevant du Pacte des solidarités, dans trois champs : la prévention de la pauvreté et la lutte contre les inégalités dès l'enfance, l'accès aux droits essentiels et la transition écologique et solidaire.

Ces engagements réciproques se traduisent par la mise en œuvre d'actions assorties d'objectifs mesurables et d'indicateurs de résultats, permettant de développer et améliorer la qualité de l'offre, renforcer les coopérations entre les acteurs et d'instaurer une meilleure articulation entre leurs interventions, en cohérence avec leurs champs de compétences respectifs. Dans ce cadre, la Métropole mettra en œuvre des actions nouvelles ou renforcera des actions existantes, en association étroite avec l'État, ses partenaires et des personnes concernées.

Cette convention fixe également l'engagement de l'État et de la Métropole sur le plan financier.

Elle définit les modalités de suivi et d'évaluation des actions prévues au titre de ladite convention.

### **ARTICLE 2 – ENGAGEMENTS RÉCIPROQUES DE LA MÉTROPOLE ET DE L'ÉTAT**

Cette contractualisation suppose une égalité des parties et des engagements tant de la Métropole que de l'État.

Les engagements sont définis conjointement par l'État et la Métropole dans le cadre d'un dialogue et d'une gouvernance associant les autres collectivités locales, les acteurs de la protection sociale et de l'emploi, les partenaires associatifs et tout acteur concerné par les champs et les actions du pacte local.

Les partenaires peuvent, s'ils le souhaitent, prendre part à la convention, avec l'accord de l'État et de la Métropole.

Par ailleurs, un dialogue de gestion entre l'État et la Métropole permet d'assurer le suivi du contrat, de la mise en œuvre des actions et des financements.

### **2.1. Les engagements concourant à la mise en œuvre du Pacte des solidarités**

Le contrat porte sur les 4 axes au sein desquels la Métropole et l'État déterminent les actions à conduire, en cohérence avec leur champ de compétence et dans le cadre des référentiels nationaux. Ces engagements sont décrits en annexe (tableau des mesures et l'ensemble des fiches actions). Les fiches action, parties intégrantes de la convention, précisent le calendrier de réalisation de chaque action. Chaque action comporte des indicateurs de suivi que la Métropole renseigne annuellement dans un tableau correspondant (annexe 1).

### **2.2. Les engagements financiers de l'État et de la Métropole**

L'État apporte son soutien financier à la Métropole dans le cadre de la présente convention, pour la réalisation des actions décrites infra.

Sur les trois premières années de la convention, le soutien financier de l'État s'élève à un montant de XXXXXX € annuels, sous réserve de la disponibilité annuelle des crédits et du principe d'annualité budgétaire.

Une partie des crédits peut être réduite l'année suivante (année n+1), si l'exécution comptable des actions en année n fait état d'une sous-consommation manifeste de certaines actions, sans lien avec la trajectoire de montée en charge prévue et sans justification opérante de la part de la Métropole.

La Métropole s'engage sur des montants financiers par action figurant dans le tableau financier récapitulatif annexé à la présente convention. Elle s'engage à apporter au moins 50 % des crédits dévolus à chaque action contractualisée.

Tout au long de la période de conventionnement, la Métropole s'engage à préciser les fiches actions qui seraient modifiées ou nouvellement créées, ainsi que le calendrier de réalisation de ces actions, lequel ne devra pas dépasser l'échéance de la présente convention.

Les actions financées par la présente convention devront porter le logo du Pacte des solidarités et du préfet dans leurs documents de communication.

### **2.3. Suivi et évaluation de la convention**

Le suivi et l'évaluation de l'exécution de la présente convention sont effectués de façon conjointe par la Métropole et l'État. Les modalités de pilotage au niveau métropolitain sont définies entre la/le préfet(e) de département et le Conseil métropolitain. La Métropole renseigne chaque année le niveau d'atteinte des indicateurs locaux à partir des fiches actions (annexe 1) et nationaux (annexe 4) et établit un rapport succinct d'état d'avancement des actions contractualisées. Un dialogue de gestion annuel est mis en place entre les services de l'État et la collectivité dans le cadre du pacte local des solidarités.

Dans le cadre de l'évaluation du pacte local à mi-parcours, la Métropole est en charge de la préparation d'un rapport d'exécution du contrat. Ce rapport couvre la période du 1<sup>er</sup> janvier 2024 au 31 décembre 2025, soit deux années civiles. Il décrit, pour chaque action du contrat, les résultats obtenus ainsi que le niveau d'atteinte des objectifs fixés et dans la mesure du possible l'impact social de l'action sur ses bénéficiaires ; il contient un bilan financier des actions mises en œuvre et précise en annexe, l'exécution budgétaire des crédits contractualisés dans un tableau financier et le renseignement de la matrice des indicateurs des engagements contractualisés et des indicateurs

nationaux. Ce rapport contient également un bilan global synthétisant l'ensemble des actions conduites par la Métropole et ses partenaires sur le territoire.

Ce rapport fait l'objet d'une délibération métropolitaine en vue d'une transmission à la/au préfet(e) de région et à la/au préfet(e) de département au plus tard le 31 mars 2026.

### **ARTICLE 3 – MODALITÉS DE VERSEMENT DES CRÉDITS**

La contribution fera l'objet d'un versement annuel.

La contribution financière sera créditée sur le compte de la Métropole de *[nom de la Métropole]*.

Les versements seront effectués à :

Dénomination sociale :

Code établissement :

Code guichet :

Numéro de compte :

Clé RIB :

IBAN :

BIC :

L'ordonnateur de la dépense est le préfet de *[nom du préfet]*.

Le comptable assignataire de la dépense est *[nom du comptable]*.

La dépense est imputée sur les crédits ouverts sur le programme 304 « Inclusion sociale et protection des personnes ».

### **ARTICLE 4 – DURÉE DE LA CONVENTION ET RENOUVELLEMENT**

Les dispositions de la présente convention sont conclues pour une durée de quatre ans et couvrent la période du 1<sup>er</sup> janvier 2024 jusqu'au 31 décembre 2027.

### **ARTICLE 5 – CONTRÔLE FINANCIER DE L'ADMINISTRATION**

La Métropole veille à ce qu'il n'y ait aucun report des crédits au-delà de la durée d'exécution de la présente convention. Dans le cas contraire, et à titre exceptionnel, un titre de reversement à l'encontre de la Métropole pourra être délivré par l'État si les dépenses réalisées pendant la durée d'exécution de la présente convention étaient inférieures au versement effectué et ce, après étude des indicateurs et du bilan financier, conformément à l'article 2.

## ARTICLE 6 – DÉNONCIATION DE LA CONVENTION

La convention peut être dénoncée par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée avec accusé de réception. Cette dénonciation doit être adressée au plus tard le ... au préfet. La Métropole reste soumise aux obligations résultant de l'article 2 de la présente convention, en particulier la transmission d'un rapport portant sur l'exécution de la convention.

## ARTICLE 7 – LITIGE

Tout litige résultant de l'exécution de la présente convention est du ressort du tribunal administratif de *[nom du tribunal administratif]* après la recherche d'une résolution amiable.

Fait à *[lieu de signature]*, le

La/le président(e) du Conseil métropolitain  
de .....*[nom de la Métropole]*

*[prénom nom]*

La/le préfet(e)  
de .....*[nom du département]*

*[prénom nom]*

Pour visa, le directeur régional des finances publiques de *[nom de la région]*.

## Annexe 1 : Tableau des actions et suivi de leurs indicateurs

Ajouter autant de cellules que nécessaire

Actions	Indicateurs locaux	Situation au 31 déc. 2023	Cible 2024	Résultat atteint en 2024	Cible 2025	Résultat atteint en 2025	Cible 2026	Résultat atteint en 2026	Cible 2027	Résultat atteint en 2027
<b>Axe « Prévenir la pauvreté et lutter contre les inégalités dès l'enfance »</b>										
<b>Action 1 :</b>										
<b>Action 2 :</b>										
<b>Axe « Accès à l'emploi »</b>										
<b>Action 1 :</b>										
<b>Action 2 :</b>										
<b>Axe « Accès aux droits essentiels »</b>										

<b>Action 1 :</b>										
<b>Action 2 :</b>										
<b>Axe « Transition écologique solidaire »</b>										
<b>Action 1 :</b>										
<b>Action 2 :</b>										

## Annexe 2 : Fiche action (modèle)

**Axe concerné :** [la prévention de la pauvreté et la lutte contre les inégalités dès l'enfance / l'accès aux droits et la prévention de la bascule dans la grande pauvreté / la transition écologique et solidaire]

**Intitulé de l'action :**

**Description de l'action :**

**Date de mise en place de l'action :** [action existante renforcée, action à mettre en place au 1<sup>er</sup> semestre 2024 [*préciser date*], etc.]

**Durée de l'action :** [indéterminée ; expérimentation ; ponctuelle – ex : un appui ponctuel d'ingénierie ; etc.]

**Partenaires et co-financeurs :**

**Budget détaillé :** [Montant apporté par l'État et montant apporté par la collectivité ; détail par année et par poste de dépenses]

**Objectifs et progression :**

Indicateur	Situation au 31 déc. 2023(T0)	Cible 2024	Cible 2025	Cible 2026	Cible 2027

**Annexe 3 – Tableau budgétaire (se reporter aux tableaux financiers en annexe 10 de l’instruction du 27 octobre 2023)**

**Annexe 4 – Tableau des indicateurs nationaux (se reporter au tableau de l’annexe 9 de l’instruction du 27 octobre 2023)**



## ANNEXE 10 -Tableaux financiers de la contractualisation

2024

ANNEXE - TABLEAU FINANCIER DU PACTE LOCAL DES SOLIDARITÉS - Région xxx - Métropole du xxx Prévisionnel Année 2024						
Axes de la contractualisation	Fiche action N°	Intitulé de l'action	A Participation État notifiée pour la convention 2024	B Crédits CD affectés pour la convention 2024	C Participation d'autres financeurs le cas échéant	F Budget global de l'action prévu en 2024 (A+B+C)
Axe : Prévenir la pauvreté et lutter contre les inégalités dès l'enfance	1.1	Intitulé de l'action n° 1				
	1.2	Intitulé de l'action n° 2				
	Sous total		0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Axe : Amplifier la politique d'accès à l'emploi pour tous	2.1	Intitulé de l'action n° 1				
	2.2	Intitulé de l'action n° 2				
	Sous total		0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Axe : Accès aux droits essentiels	3.1	...				
	3.2	Le cas échéant				
	Sous total		0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Axe : Transition écologique solidaire	4.1	...				
	4.2	Le cas échéant				
	Sous total		0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
<b>TOTAUX FINANCIERS</b>			<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>

BILAN 2024

ANNEXE - TABLEAU FINANCIER DU PACTE LOCAL DES SOLIDARITÉS									
Axes de la contractualisation	Fiche action N°	Intitulé de l'action	Crédits État versés en 2024	A Montant État réalisé au 31/12/2024	B Crédits État 2024 non consommés en 2024	C Montant CD réalisé au 31/12/2024	Montant total réalisé au 31/12/2024 (A+C)	Montant à reporter en 2025 - Part État	Montant à reporter en 2025 - Part CD
Axe : Prévenir la pauvreté et lutter contre les inégalités dès l'enfance	1.1	Intitulé de l'action n° 1							
	1.2	Intitulé de l'action n° 2							
	Sous total		0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Axe : Amplifier la politique d'accès à l'emploi pour tous	2.1	Intitulé de l'action n° 1							
	2.2	Intitulé de l'action n° 2							
	Sous total		0,00 €		0,00 €		0,00 €		
Axe : Accès aux droits essentiels	3.1	...							
	3.2	Le cas échéant							
	Sous total		0,00 €		0,00 €		0,00 €		
Axe : Transition écologique solidaire	4.1	...							
	4.2	Le cas échéant							
	Sous total		0,00 €		0,00 €		0,00 €		
<b>TOTAUX FINANCIERS</b>			<b>0,00 €</b>		<b>0,00 €</b>		<b>0,00 €</b>		

## PREVISIONNEL 2025

ANNEXE - TABLEAU FINANCIER RÉCAPITULATIF DU PACTE LOCAL DES SOLIDARITÉS																		
Axes de la contractualisation	Imputation chorus (code chorus - description longue)	Fiche action N°	Intitulé de l'action <i>Une ligne par action financée</i>	A Crédits État versés en 2024	B Crédits État 2024 non consommés	C Crédits CD affectés en 2024	D Crédits CD 2024 non consommés	E Participation d'autres financeurs le cas échéant	Montant total réalisé au 31/12/2024	F Montant à reporter en 2025 - Part Etat	G Montant à reporter en 2025 - Part CD	H Participation État notifiée pour la convention 2025	I Budget total État prévu pour 2025 (F+H)	J Crédits CD affectés pour la convention 2025	K Budget total CD prévu pour 2025 (G+I)	L Participation d'autres financeurs le cas échéant pour 2025	M Budget global de l'action prévu en 2025 (I+K+L)	
Axe : Prévenir la pauvreté et lutter contre les inégalités dès l'enfance		1.1	<i>Intitulé de l'action n° 1</i>															
		1.2	<i>Intitulé de l'action n° 2</i>															
		Sous total			0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Axe : Amplifier la politique d'accès à l'emploi pour tous		2.1	<i>Intitulé de l'action n° 1</i>															
		2.2	<i>Intitulé de l'action n° 2</i>															
		Sous total			0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Axe : Accès aux droits essentiels		3.1	<i>Intitulé de l'action n° 1</i>															
		3.2	<i>Intitulé de l'action n° 2</i>															
		Sous total			0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €							
Axe : Transition écologique solidaire		4.1	<i>Intitulé de l'action n° 1</i>															
		4.2	<i>Intitulé de l'action n° 2</i>															
		Sous total			0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
<b>TOTAUX FINANCIERS</b>				<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>							

Ministère de la santé et de la prévention

**Rescrit tarifaire BOS-RES-10 du 27 octobre 2023 en réponse à la demande formulée par le Centre hospitalier de Hyères le 20 juin 2023 relative à la version par manœuvre externe**

NOR : SPRH2330488X

La facturation de l'acte de version du fœtus par manœuvres obstétricales externes au cours de la grossesse, avec contrôle échographique et surveillance du rythme cardiaque du fœtus (code CCAM JQEP001) inclut l'ensemble des gestes échographiques nécessaires à sa réalisation ainsi que la surveillance du rythme cardiaque du fœtus quelle que soit sa durée, ce qui couvre l'ensemble des actes décrits dans le protocole objet de la présente demande de rescrit.

Par ailleurs, les actes justifiant d'un forfait SE (nécessitant une mise en observation du patient dans un environnement hospitalier) ne peuvent en principe donner lieu à la facturation d'un GHS, sauf par dérogation, dans les cas décrits au a) du 2° du II de l'article 11 de l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile.

Dans le cas d'espèce, pour que la prise en charge justifie de la facturation d'un GHS, il faudrait que l'objet de la prise en charge, qui resterait inchangée, évolue. En effet, il faudrait que cet objet, qui était initialement d'utiliser les moyens d'un environnement hospitalier en vue de l'observation de la femme enceinte (facturable via le SE3), évolue vers la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à l'hospitalisation de la femme enceinte, qui dans le cas décrit dans le protocole objet de la présente demande, ne peut être que le contexte patient ou la surveillance particulière de celle-ci, tels que définis au b) et c) du III de l'article 11 de l'arrêté susvisé.

En l'occurrence, le protocole objet de la présente demande ne caractérise pas de contexte patient ni un besoin de surveillance particulière, la prise en charge ne peut donc pas faire l'objet de la facturation d'un GS.

**Demande** reçue le 20 juin 2023, publiée le 17 juillet 2023.

**Demandeur** : Centre hospitalier de Hyères - FINESS juridique : 830100533.

**Protocole :**

Présentation de la prise en charge.

Version par Manoeuvre Externe (VME).

- Sous monitoring (bébé) ;
- JQEP001 : version du fœtus par manœuvres obstétricales externes au cours de la grossesse, avec contrôle échographique et surveillance du rythme cardiaque du fœtus ;
- Pose de cathéter ;
- Administration médicament ATOSIBAN ;
- Scopée (maman) ;
- Deux échographies : une à l'entrée et une avant la sortie ;
- Surveillance pendant encore 2 heures après la VME.

**Question :**

L'acte JQEP001 ouvre un forfait SE3, il ne peut donner lieu en principe à la facturation d'un GHS sauf si l'acte a été réalisé au cours d'une prise en charge qui comporte d'autres interventions.  
=> Est-ce que la surveillance scopée de la mère et les 2 échographies supplémentaires entrent dans ce cadre ?

**Conseil national professionnel saisi :**

- Avis du Conseil national professionnel de gynécologie et d'obstétrique :  
Saisine en date du : 17 juillet 2023.  
Avis non exprimé - réputé rendu sans avis.

Caisse nationale des allocations familiales

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

NOR : SPRX2330479K

<b>PRÉNOM</b>	<b>NOM</b>	<b>CAF</b>	<b>DATE de délivrance de l'autorisation provisoire</b>
Ornella	PINDILLI	Allier	20 septembre 2023
Séverine	FARRE	Ardèche	20 septembre 2023
Pauline	NUSSBICKER	Bas-Rhin	20 septembre 2023
Lamine	DIAKHATE	Bouches-du-Rhône	20 septembre 2023
Anne	MARCHESSON	Charente	20 septembre 2023
Philippe	PAQUET	Cher	20 septembre 2023
Loïc	LEBRETON	Eure-et-Loir	20 septembre 2023
Céline	RECUZE	Gard	20 septembre 2023
Mélanie	BARILLOT	Gironde	20 septembre 2023
Pascaline	PHILIBIN	Gironde	20 septembre 2023
Dominique	SIGER	Guyane	20 septembre 2023

Christophe	BONAN	Haute-Garonne	20 septembre 2023
Céline	BONIJOLY	Hérault	20 septembre 2023
Valérie	BELUCHE	Isère	20 septembre 2023
Youcef	NEHAR	Loire	20 septembre 2023
Valérie	LEHIR	Manche	20 septembre 2023
Cédric	ALEXIS-ALEXANDRE	Martinique	20 septembre 2023
Camille	QUETIN	Mayenne	20 septembre 2023
Marie	MERLIN	Nord	20 septembre 2023
Mathilde	MELLINO	Oise	20 septembre 2023
Delphine	RANGLARET	Puy-de-Dôme	20 septembre 2023
Alexandra	DAMOUR	Réunion	20 septembre 2023
Karim	GUENDOUL	Réunion	20 septembre 2023
Jean-Elie	ZILMIA	Réunion	20 septembre 2023
Amandine	GRENIER	Seine-Maritime	20 septembre 2023
Erika	DEMAR	Seine-Saint-Denis	20 septembre 2023
Linda	MOUZOURI	Seine-Saint-Denis	20 septembre 2023
Lydia	MAMACHE	Val-de-Marne	20 septembre 2023
Éric	PASSY	Vendée	20 septembre 2023

Caisse nationale de l'assurance maladie

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

NOR : SPRX2330480K

<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>Organisme</b>	<b>Date d'agrément provisoire</b>	<b>Date d'agrément définitif</b>	<b>Date d'assermentation</b>
DEOM	Angélique	CPAM du Val-de-Marne	22/09/2023		
DE COCK	Sébastien	CPAM de la Saône-et-Loire	26/09/2023		
DUBOIS	Sébastien	CPAM des Côtes-d'Armor	05/10/2023		
BRIDIER	Stéphane	CPAM de la Haute-Vienne	05/10/2023		
NEGAB	Nordine	CPAM de Lille-Douai	05/10/2023		
MAX	Élodie	CPAM du Cantal	10/10/2023		
OLIVIER	Franck	CPAM de la Loire-Atlantique	08/02/2023	20/09/2023	09/01/2023
GICQUEL	Frédérique	CPAM de la Corse-du-Sud	04/10/2022	20/09/2023	10/05/2022
LAVAL	Virginie	CPAM du Lot-et-Garonne	06/10/2022	20/09/2023	03/11/2022
ALAVOINE	Nathalie	CPAM de la Loire-Atlantique	08/02/2023	10/10/2023	19/12/2017
MALY	Sandrine	CPAM de Pau	02/01/2023	13/10/2023	25/10/2022
LABROUSSE	Mathieu	CPAM de la Dordogne	06/02/2023	13/10/2023	21/03/2023

Caisse nationale de l'assurance maladie

**Décision(s) portant délégation de signature et délégation de pouvoir  
du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie**

NOR : SPRX2330482S

Direction déléguée aux opérations.  
Direction de la stratégie, des études et des statistiques.  
Direction régionale du service médical de Guyane.

Le directeur général, M. Thomas FATÔME, délègue sa signature à des agents de la Caisse dans les conditions et limites fixées ci-dessous.

DIRECTION DÉLÉGUÉE AUX OPÉRATIONS (DDO)  
DIRECTION DES RESSOURCES, DE L'APPUI AU PILOTAGE  
ET DE LA CONTRACTUALISATION (DRAC)  
DÉPARTEMENT DES BUDGETS DE GESTION ET DES ACHATS (DBGA)

**M. Simon VOILLET**  
Décision du 31 août 2023

Délégation est accordée à M. Simon VOILLET, responsable du Département des budgets de gestion et des achats, DDO/DRAC, pour signer :

- la correspondance courante émanant du Département des budgets de gestion et des achats ;
- les notifications aux organismes du réseau des autorisations de transferts de crédits entre enveloppes limitatives conformément aux règles définies dans les contrats pluriannuels de gestion ;
- les notifications de dotations de fonctionnement et les avances en capital accordées aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, à la Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France, aux caisses générales de sécurité sociale, aux caisses primaires d'assurance maladie, aux directions régionales du service médical, et aux centres de traitements informatiques, prises en exécution d'accords de principe signés de M. Pierre PEIX, directeur délégué aux opérations, de Mme Carole BLANC, directrice des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.  
Signé : Thomas FATÔME, directeur général.

DIRECTION DE L'ACCOMPAGNEMENT DES OFFREURS DE SOINS (DAOS)

**Mme Maïdou MARCEAU**  
Décision du 31 août 2023

La délégation de signature accordée à Mme Maïdou MARCEAU, directrice de l'accompagnement des offreurs de soins, par décision du 1<sup>er</sup> décembre 2022 sera abrogée au 31 août 2023 au soir.

À compter du 1<sup>er</sup> septembre 2023, délégation de signature est accordée à Mme Maïdou MARCEAU, directrice de l'organisation et de la performance de la production, à la Direction déléguée aux opérations, pour signer :

- la correspondance courante de la Direction de l'organisation et de la performance de la production ;
- les lettres-réseau et enquêtes/questionnaires ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la direction concernée ;
- la recette et la diffusion des produits informatiques nationaux relatives aux systèmes de production dont la Direction déléguée aux opérations est le maître d'ouvrage, ainsi que celles dont la maîtrise d'ouvrage a été confiée au/à la directeur (trice) comptable et financier (ère) de la CNAM.

En cas d'absence ou d'empêchement du directeur délégué aux opérations, délégation de signature est accordée à Mme Maïdou MARCEAU pour signer :

- la correspondance courante émanant de la Direction déléguée aux opérations ;
- les circulaires, lettres réseau et enquêtes/questionnaires ;
- la recette et la diffusion des produits informatiques nationaux dont la Direction déléguée aux opérations est maître d'ouvrage ;
- les courriers de suspension des délibérations des conseils et des décisions prises par les directeurs des caisses primaires d'assurance maladie, des centres de traitements informatiques ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la Direction déléguée ;
- les autorisations de dépenses, les titres de recettes et les ordres de dépenses concernant les frais de fonctionnement des commissions de contentieux de la sécurité sociale ;
- les ordres des dépenses, les titres de recettes, engagements, dégagevements ordres de reversement, bordereaux et pièces justificatives correspondantes, ainsi que toutes pièces comptables concernant :
  - le Fonds national de gestion,
  - le Fonds national de prévention des accidents du travail à l'exception du budget d'intervention,
  - le Fonds national de l'action sanitaire et sociale pour les comptes autres que SM 65515 et SM 265217,
- les notifications de dotations de fonctionnement et les avances en capital accordées à la Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France, aux caisses d'assurance retraite et de santé au travail, aux caisses générales de sécurité sociale, aux caisses primaires, aux directions régionales du service médical, aux unions pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie et aux centres de traitements informatiques, dans le cadre des fonds nationaux susvisés.

En matière de budget de gestion et en cas d'absence ou d'empêchement du directeur délégué aux opérations et du/de la directeur (rice) des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation, délégation de signature est accordée à Mme Maïdou MARCEAU pour :

- approuver dans la limite du budget exécutoire du Fonds national d'action sanitaire et sociale et dans le respect des contrats pluriannuels de gestion conclus avec la Caisse nationale de l'assurance maladie, les budgets primitifs et rectificatifs des caisses primaires d'assurance maladie, de la Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France, et des caisses générales de sécurité sociale, ainsi que toute modification budgétaire adoptée par les conseils de ces organismes ;

- approuver les budgets des organismes communs à plusieurs branches (unions et fédérations) dans la mesure où la Caisse nationale contribue majoritairement au financement de l'organisme commun ;
- effectuer les virements de crédits à l'intérieur des groupes de dépenses suivants pour lesquels il existe un principe de fongibilité prévu par la convention d'objectifs et de gestion :
  - pour le budget du FNG :
    - les dépenses de personnel,
    - les autres dépenses de fonctionnement,
    - les dépenses d'investissements immobiliers et autres objets,
    - les dépenses d'investissements informatiques.

En matière de budget d'intervention (ASS) et en cas d'absence ou d'empêchement du directeur délégué aux opérations et du/de la directeur (rice) des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation, délégation de signature est accordée à Mme Maïdou MARCEAU pour :

- approuver dans la limite du budget exécutoire du Fonds national d'action sanitaire et sociale et dans le respect des contrats pluriannuels de gestion conclus avec la Caisse nationale de l'assurance maladie, les budgets primitifs et rectificatifs des caisses primaires d'assurance maladie, de la Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France, et des caisses générales de sécurité sociale, ainsi que toute modification budgétaire adoptée par les conseils de ces organismes ;
- approuver les budgets primitifs et rectificatifs ainsi que toute modification adoptée par les conseils des organismes gestionnaires des œuvres gérées par les caisses primaires d'assurance maladie et de la Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France ;
- effectuer les virements de crédits à l'intérieur des groupes de dépenses suivants du budget du FNASS pour lesquels il existe un principe de fongibilité :
  - section de fonctionnement relative à l'action sanitaire et sociale,
  - section de fonctionnement relative aux actions conventionnelles,
- signer les conventions de financement des associations nationales à caractère sanitaire et social relatives aux subventions de fonctionnement, qui ont reçu préalablement le visa favorable du directeur général.

En matière d'opérations immobilières tertiaires relevant du budget de gestion et en cas d'absence ou d'empêchement du directeur délégué aux opérations et du/de la directeur (rice) des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation, délégation de signature est accordée à Mme Maïdou MARCEAU pour signer :

- la notification aux organismes des décisions de principe portant sur l'opportunité d'une opération immobilière relative à un relogement de siège d'organisme, une acquisition de terrain, une acquisition d'immeuble, une VEFA, un crédit-bail, un échange d'immeuble, une réhabilitation lourde, qui auront reçu préalablement le visa favorable du directeur général ;
- la notification aux organismes des autorisations de programme des opérations immobilières de construction d'immeuble, d'acquisition de terrain, d'acquisition d'immeuble, de VEFA, de crédit-bail, d'échange, de réhabilitation lourde, qui auront reçu préalablement le visa favorable du directeur général ;
- la notification aux organismes des autorisations de programme relatives aux travaux de réhabilitation, de rénovation, d'aménagement, de mise en sécurité et en conformité, de réadaptation, de restructuration d'un montant supérieur à 700 000 € TTC, qui auront reçu préalablement le visa favorable du directeur général ;

- la notification aux organismes des autorisations de programme relatives aux travaux de réhabilitation, de rénovation, d'aménagement, de mise en sécurité et en conformité, de réadaptation, de restructuration d'un montant allant jusqu'à 700 000 € TTC, après information du directeur général dans le cadre du plan annuel immobilier ;
- la notification aux organismes des décisions de vente d'immeuble pour les cessions dont le prix est supérieur à 700 000 € TTC, qui auront reçu préalablement le visa favorable du directeur général ;
- la notification aux organismes des décisions de vente d'immeuble pour les cessions d'un montant allant jusqu'à 700 000 € TTC ;
- la notification aux organismes des décisions de prise à bail de locaux lorsque le prix du loyer annuel principal est supérieur à 250 000 € TTC, qui auront reçu préalablement le visa favorable du directeur général ;
- la notification aux organismes des décisions de prise à bail de locaux jusqu'à un loyer annuel principal de 250 000 € TTC ;
- la notification aux organismes des autorisations de désignation des maîtres d'œuvre et autres intervenants relative aux opérations immobilières ;
- la notification aux organismes des autorisations de programme complémentaires lorsque la nature et le pourcentage des dépassements sont les suivants :
  - a) dépassements résultant de la hausse légale des prix, pour la totalité de la dépense,
  - b) dépassements constatés au résultat de l'appel d'offres entre le montant des offres retenues et celui de l'estimation des travaux, dans la limite de 10 % du montant des travaux précédemment autorisés,
  - c) dépassements relatifs à l'exécution de fondations spéciales et prestations supplémentaires exigées par de nouvelles réglementations techniques et de sécurité pour la totalité de la dépense,
  - d) dépassements relatifs aux imprévus de chantier (VRD-branchements divers, mesures de sécurité, abords, etc...) dans la limite de 5 % du montant des travaux autorisés,
  - e) modifications de programme dans la limite de 5 % du montant des travaux autorisés,
  - f) travaux modificatifs et imprévus concernant les aménagements d'immeubles, dans la limite de 15 % du montant des travaux autorisés,
  - g) dépassements liés à des contentieux avec les entreprises ou différents intervenants dans la limite de 10 % du marché ou du contrat,
- la notification aux organismes des autorisations de programme complémentaires après visa favorable préalable du directeur général, lorsque les pourcentages des dépassements sont supérieurs à ceux indiqués dans les rubriques b, d, e, f et g, du paragraphe précédent ;
- la notification aux organismes des ouvertures de crédit relatives aux opérations immobilières autorisées et dans la limite des autorisations de programme qui leur ont été attribuées.

En matière d'opérations immobilières relevant du budget d'intervention et en cas d'absence ou d'empêchement du directeur délégué aux opérations et du/de la directeur (rice) des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation, délégation de signature est accordée à Mme Maïdou MARCEAU pour signer :

- la notification aux organismes autres que les UGECAM :
  - des décisions de principe portant sur l'opportunité d'une opération mobilière ou immobilière relative à une acquisition de terrain, un relogement de siège, la reconversion ou la délocalisation d'un établissement de soins ou médico-social, une réhabilitation lourde, l'acquisition d'équipements lourds, qui ont reçu préalablement le visa favorable du directeur général,
  - des ouvertures d'autorisations de programme correspondantes, qui ont reçu préalablement le visa favorable du directeur général,

- la notification aux organismes autres que les UGECAM des ouvertures d'autorisations de programme relatives aux travaux de réhabilitation, de rénovation, d'aménagement, de mise en sécurité et en conformité, de réadaptation, de restructuration, d'un montant supérieur à 700 000 € TTC, qui auront reçu préalablement le visa favorable du directeur général ;
- la notification aux organismes autres que les UGECAM des ouvertures d'autorisations de programme relatives aux travaux de réhabilitation, de rénovation, d'aménagement, de mise en sécurité et en conformité de réadaptation, de restructuration, d'un montant allant jusqu'à 700 000 € TTC, après information du directeur général dans le cadre du plan annuel immobilier ;
- la notification aux organismes autres que les UGECAM des décisions de vente d'immeuble pour les cessions dont le prix est supérieur à 700 000 € TTC, après visa favorable préalable du directeur général ;
- la notification aux organismes autres que les UGECAM des autorisations de programme complémentaires lorsque la nature et le pourcentage des dépassements sont les suivants :
  - a) dépassements résultant de la hausse légale des prix, pour la totalité de la dépense,
  - b) dépassements constatés au résultat de l'appel d'offres entre le montant des offres retenues et celui de l'estimation des travaux, dans la limite de 10 % du montant des travaux précédemment autorisés,
  - c) dépassements relatifs à l'exécution de fondations spéciales et prestations supplémentaires exigées par de nouvelles réglementations techniques et de sécurité pour la totalité de la dépense,
  - d) dépassements relatifs aux imprévus de chantier (VRD-branchements divers, mesures de sécurité, abords, etc...) dans la limite de 5 % du montant des travaux autorisés,
  - e) modifications de programme dans la limite de 5 % du montant des travaux autorisés,
  - f) travaux modificatifs et imprévus concernant les aménagements d'immeubles, dans la limite de 15 % du montant des travaux autorisés,
  - g) dépassements liés à des contentieux avec les entreprises ou différents intervenants dans la limite de 10 % du marché ou du contrat,
- la notification aux organismes autres que les UGECAM ;
- des autorisations de programme complémentaires après visa favorable préalable du directeur général, lorsque les pourcentages des dépassements sont supérieurs à ceux indiqués dans les rubriques b, d, e, f et g, du paragraphe précédent.

En matière de commande publique et dans le cadre des opérations intéressant la Direction de l'organisation et de la performance de la production, délégation de signature est accordée à Mme Maïdou MARCEAU pour signer :

- tout acte décisoire relatif à la passation ou à l'exécution des contrats, avenants ainsi qu'aux conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat :
  - lorsque ces derniers sont inférieurs ou égaux à 5 millions € TTC.
- tout acte de gestion relatif à la passation ou à l'exécution des contrats, avenants ainsi qu'aux conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat sans limitation de seuil excepté le visa de l'opportunité de lancer les marchés et les commandes supérieurs à 50 000 € TTC (notes d'opportunité ou procès-verbaux du comité interne dédié de la Direction).

Les actes de gestion concernés s'entendent par opposition aux actes à caractère décisoire et comprennent notamment :

- les notes d'opportunités inférieures ou égales à 50 000 € TTC,
- les lettres d'invitation à soumissionner (ou de « consultation ») ou à participer au dialogue (procédures restreintes),
- les lettres de cadrage (dialogue compétitif),
- les lettres d'invitation à remettre une offre finale (procédures négociées),

- les demandes de compléments, précisions, clarifications, régularisation, adressées par la CNAM aux candidats ou soumissionnaires,
- les renseignements complémentaires apportés par la CNAM sur le dossier de consultation,
- les projets de rapport de présentation,
- les réponses aux demandes des motifs de rejet par les soumissionnaires non retenus,
- les demandes des certificats et attestations pour la vérification des interdictions de soumissionner aux candidats retenus (procédure restreinte) ou à l'attributaire (procédure ouverte).

En matière de commande publique et dans le cadre des opérations intéressant la Direction déléguée aux opérations et en cas d'absence ou d'empêchement du directeur délégué aux opérations, délégation de signature est accordée à Mme Maïdou MARCEAU 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.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.  
Signé : Thomas FATÔME, directeur général.

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

**M. Pierre BERGMAN**  
Décision du 1<sup>er</sup> août 2023

La délégation de signature accordée à M. Pierre BERGMAN par décision du 17 août 2020 est abrogée au 31 mai 2023 au soir.

Délégation est accordée à M. Pierre BERGMAN, sous-directeur - manager coordonnateur, en charge des expérimentations relevant de l'article 51, au sein de la Direction de la stratégie, des études et des statistiques, pour signer :

- la correspondance courante de la Direction de la stratégie, des études et des statistiques,
- les lettres-réseau, circulaires et enquêtes questionnaires,
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la direction concernée,
- la recette et la diffusion des produits informatiques nationaux dont la Direction de la stratégie, des études et des statistiques est maître d'ouvrage.

En matière de commande publique et dans le cadre des opérations intéressant la Direction de la stratégie, des études et des statistiques, délégation de signature est accordée à M. Pierre BERGMAN, pour signer :

- tout acte, décisoire ou de gestion, relatif à la passation ou à l'exécution des contrats, avenants ainsi que les conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat en lien avec les expérimentations relevant de [l'article 51](#) :

- lorsque ces derniers sont inférieurs ou égaux à 5 millions € TTC, excepté le visa de l'opportunité de lancer les marchés et les commandes supérieurs à 50 000 € TTC (notes d'opportunité ou procès-verbaux du comité interne dédié de la Direction).
- les actes de gestion relatifs à la passation ou à l'exécution des contrats, avenants ainsi que les conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat en lien avec les expérimentations relevant de l'article 51 :
  - lorsque ces derniers sont supérieurs à 5 millions € TTC, excepté le visa de l'opportunité de lancer les marchés et les commandes supérieurs à 50 000 € TTC (notes d'opportunité ou procès-verbaux du comité interne dédié de la Direction).

Les actes de gestion concernés s'entendent par opposition aux actes à caractère décisoire et comprennent notamment :

- les notes d'opportunités inférieures ou égales à 50 000 € TTC,
- les lettres d'invitation à soumissionner (ou de « consultation ») ou à participer au dialogue (procédures restreintes),
- les lettres de cadrage (dialogue compétitif),
- les lettres d'invitation à remettre une offre finale (procédures négociées),
- les demandes de compléments, précisions, clarifications, régularisation, adressées par la CNAM aux candidats ou soumissionnaires,
- les renseignements complémentaires apportés par la CNAM sur le dossier de consultation,
- les projets de rapport de présentation,
- les réponses aux demandes des motifs de rejet par les soumissionnaires non retenus,
- les demandes des certificats et attestations pour la vérification des interdictions de soumissionner aux candidats retenus (procédure restreinte) ou à l'attributaire (procédure ouverte).

En matière de commande publique, dans le cadre des opérations intéressant la Direction de la stratégie, des études et des statistiques et en cas d'absence ou d'indisponibilité de son directeur, délégation de signature est accordée à M. Pierre BERGMAN pour signer à sa place tout acte relatif à la passation ou à l'exécution des contrats, avenants ainsi que les conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat, en lien avec les expérimentations relevant de l'article 51, à l'exception :

- des actes d'engagement des contrats dont le montant est supérieur à 10 millions € TTC ainsi que des actes attachés suivants :
  - actes de sous-traitance remis dès le stade des offres,
  - mises au point,
  - avenants.
- des conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat, supérieurs à 10 millions € TTC ;
- des avenants entraînant un dépassement par le contrat du seuil de 10 millions € TTC.

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

Signé : Thomas FATÔME, directeur général.

DIRECTION DE LA STRATÉGIE, DES ÉTUDES ET DES STATISTIQUES (DSES)  
DÉPARTEMENT DIFFUSION, ANALYSE PROSPECTIVE ET RELATIONS  
INTERNATIONALES (DAPRI)

Mme **Sophie LOPES**  
Décision du 1<sup>er</sup> juillet 2023

Délégation de signature est accordée à Mme Sophie LOPES, responsable du Département diffusion, analyse prospective et relations internationales au sein de la Direction de la stratégie, des études et des statistiques, DSES/DAPRI, pour signer :

- la correspondance courante du Département ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par le Département.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.  
Signé : Thomas FATÔME, directeur général.

DIRECTION RÉGIONALE DU SERVICE MÉDICAL DE LA GUYANE (DRSM)

Mme le Docteur **Élisabeth TREVIDIC** (*intérim du poste*)  
Décision du 1<sup>er</sup> juillet 2023

Conformément aux dispositions prévues par le Code de la sécurité sociale et au règlement d'organisation de la CNAM, une délégation de signature du directeur général de la CNAM est accordée à Mme Élisabeth TREVIDIC, médecin conseil régional par intérim de la Direction régionale du Service médical de Guyane ; celle-ci couvre :

- les décisions dans le cadre de la gestion courante de la DRSM,
- les décisions relatives à la gestion administrative du personnel de la DRSM, notamment la signature des contrats de travail, l'engagement des procédures disciplinaires et la gestion des ruptures de contrat de travail,
- la présidence des instances représentatives du personnel de la DRSM,
- la préservation des conditions de travail du personnel, qui consiste en particulier à veiller au respect des règles d'hygiène et de sécurité applicables au personnel de la DRSM,
- la gestion, au nom du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie, de tous actes ou décisions concernant les engagements d'actions en justice en matière de contestation des ordonnances prononcées par les tribunaux du contentieux de l'incapacité enjoignant à ses services, la communication de pièces médicales dans le cadre de recours employeurs ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la DRSM ;
- les autorisations de dépenses, les titres de recettes et les ordres de dépenses concernant les frais de fonctionnement de la DRSM.

La délégation de signature accordée à Mme Élisabeth TREVIDIC a pour seules limites :

1. sur un plan budgétaire, l'autorisation de dépenses allouée annuellement à la DRSM par la Direction déléguée aux opérations concernant les charges de personnel, les autres comptes de fonctionnement, les comptes d'investissement et les ouvertures de crédits informatiques.

2. Les sujets soumis obligatoirement à une concertation et/ou une validation par le directeur général ou le directeur délégué aux opérations, énumérés ci-dessous :
- la modification de l'organisation territoriale de la DRSM ;
  - la modification structurelle de la ligne hiérarchique de la DRSM ;
  - une mutualisation inter DRSM ;
  - les développements informatiques locaux ou la mise en service de produits informatiques non validés au plan national ;
  - la dérogation à un marché national ;
  - la modification majeure d'une organisation du travail ;
  - la dérogation à une instruction nationale ou inter-régime, à un protocole d'accord ;
  - la procédure de contrôle par le service médical des salariés de la DRSM en leur qualité d'assuré social ;
  - le recrutement des agents de direction en DRSM ;
  - l'opportunité d'ouvrir une négociation collective au niveau de l'établissement.

En matière de gestion des ressources humaines, la présente délégation de pouvoir est encadrée par les dispositions prévues dans les lettres-réseau LR-DDO-195/2017 concernant les procédures disciplinaires autres que les procédures de licenciement et la LR-DDO-82/2023 concernant les délégations des DRSM.

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

Signé : Thomas FATÔME, directeur général.

Signé : Élisabeth TREVIDIC, médecin conseil régional.

Caisse nationale d'assurance vieillesse

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

NOR : SPRX2330481K

<b>NOM</b>	<b>PRÉNOM</b>	<b>CARSAT/CGSS</b>	<b>DATE de délivrance de l'agrément définitif</b>
CHARNIAUX	Christiane	Aquitaine	10/10/2023
FURST-CICCIU	Marie	Rhône-Alpes	25/09/2023
PONSON	Lucile	Rhône-Alpes	25/09/2023
BEN BELGACEM	Hinda	Rhône-Alpes	25/09/2023

Caisse nationale d'assurance vieillesse

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

NOR : SPRX2330487K

<b>NOM</b>	<b>PRÉNOM</b>	<b>CARSAT/CGSS</b>	<b>DATE de délivrance de l'agrément provisoire</b>
GUIDY	Fabienne	CNAV	29/08/2023