



MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,
DES SOLIDARITÉS
ET DES FAMILLES

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Bulletin officiel

Santé

Protection sociale

Solidarité

N° 11

13 juin 2025

Sommaire chronologique

2 mai 2025

Décision du 2 mai 2025 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique.

Décision du 2 mai 2025 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique.

5 mai 2025

Décision du 5 mai 2025 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique.

Décision du 5 mai 2025 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique.

6 mai 2025

Décision du 6 mai 2025 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique.

7 mai 2025

Décision du 7 mai 2025 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique.

13 mai 2025

Décision du 13 mai 2025 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique.

16 mai 2025

Décision du 16 mai 2025 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique.

Avenant n° 9 du 16 mai 2025 à la convention de délégation de gestion du 14 avril 2023 relative au financement de systèmes d'information (à l'exception de LaboéSI).

19 mai 2025

Arrêté du 19 mai 2025 modifiant l'arrêté du 21 juin 2024 relatif à la commission paritaire de pilotage et de suivi prévu par les articles 28 et 29 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'État.

20 mai 2025

Décision du 20 mai 2025 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique.

INSTRUCTION N° DGS/SP4/2025/78 du 20 mai 2025 actualisant l'instruction n° DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville.

21 mai 2025

Décision du 21 mai 2025 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique.

Décision du 21 mai 2025 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique.

26 mai 2025

Arrêté du 26 mai 2025 modifiant l'arrêté du 19 octobre 2022 modifié portant nomination des membres du Haut conseil des professions paramédicales.

27 mai 2025

Arrêté du 27 mai 2025 portant renouvellement des membres nommés du conseil d'administration de l'Institut national de jeunes sourds de Paris.

INSTRUCTION N° DGCS/SD5B/DSS/SD1A/CNSA/2025/66 du 27 mai 2025 relative aux orientations de la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées pour l'exercice 2025.

INSTRUCTION N° DGOS/P2/2025/69 du 27 mai 2025 relative au lancement d'un appel à manifestation d'intérêt national pour accompagner le lancement de nouvelles équipes rapides d'intervention en soins palliatifs (ERI-SP) relevant de l'hospitalisation à domicile (HAD).

2 juin 2025

Décision du 2 juin 2025 désignant l'administrateur provisoire de l'établissement public de santé de Lomagne.

3 juin 2025

Arrêté du 3 juin 2025 modifiant l'arrêté du 26 janvier 2022 portant nomination des membres de la commission nationale d'équivalence de titres et diplômes chargée de se prononcer sur les demandes d'équivalence de diplômes pour l'accès aux concours de la fonction publique hospitalière.

INSTRUCTION N° DGS/EA4/2025/64 du 3 juin 2025 relative à l'indemnisation et à la prise en charge fonctionnelle des hydrogéologues agréés en matière d'hygiène publique.

5 juin 2025

Arrêté du 5 juin 2025 portant nomination au Conseil national de l'Ordre national des pharmaciens.

Arrêté du 5 juin 2025 portant nomination au conseil central de la section C de l'Ordre national des pharmaciens.

Arrêté du 5 juin 2025 portant nomination au conseil central de la section D de l'Ordre national des pharmaciens.

Arrêté du 5 juin 2025 portant nomination au conseil central de la section D de l'Ordre national des pharmaciens.

Arrêté du 5 juin 2025 portant nomination au conseil central de la section G de l'Ordre national des pharmaciens.

Arrêté du 5 juin 2025 portant nomination au conseil central de la section H de l'Ordre national des pharmaciens.

Arrêté du 5 juin 2025 portant nominations au conseil central de la section B de l'Ordre national des pharmaciens.

Arrêté du 5 juin 2025 portant nomination au conseil central de la section E de l'Ordre national des pharmaciens.

Arrêté du 5 juin 2025 modifiant l'arrêté du 5 mars 2024 portant nomination des membres du conseil d'administration de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire.

Arrêté du 5 juin 2025 modifiant l'arrêté du 26 novembre 2024 portant nomination des membres du conseil d'administration de l'Agence régionale de santé de Guadeloupe.

6 juin 2025

Arrêté du 6 juin 2025 portant composition de la commission consultative paritaire compétente à l'égard des agents contractuels relevant des ministères chargés des affaires sociales.

10 juin 2025

Convention du 10 juin 2025 portant délégation de gestion relative à la représentation du ministère chargé de la santé et au secrétariat de certaines instances.

Arrêté du 10 juin 2025 portant composition de la commission administrative paritaire compétente à l'égard des corps de fonctionnaires de catégorie A.

12 juin 2025

INSTRUCTION N° DGOS/AS3/RH5/2025/73 du 12 juin 2025 relative à l'accès aux soins non programmés et de médecine d'urgence durant l'été 2025.

Non daté

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

Lignes directrices de gestion – Promotions 2025 - 2029.

Agence de la biomédecine

Décision du 2 mai 2025 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : TSSB2530251S

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

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

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

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

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

Vu la demande présentée le 3 avril 2025 par Madame Pauline PLANTÉ-BORDENEUVE aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire ;

Vu le dossier déclaré complet le 10 avril 2025 ;

Considérant que Madame Pauline PLANTÉ-BORDENEUVE, pharmacienne biologiste, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale-spécialité Génétique et d'un Master 2 au magistère européen de génétique ; qu'elle a exercé les activités de génétique au sein du service de médecine génomique des maladies rares de l'Hôpital Necker (Paris AP-HP) de mai 2024 à novembre 2024, ainsi qu'au sein du laboratoire SeqOIA de novembre 2023 à novembre 2024, qu'elle exerce au sein de l'Institut de génétique médicale du Centre hospitalier universitaire de Lille depuis novembre 2024 ; qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1^{er}

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

Article 2

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

Article 3

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

Fait le 2 mai 2025.

Pour la directrice générale et par délégation :
L'adjoint à la directrice juridique,
Thomas VAN DEN HEUVEL

Agence de la biomédecine

Décision du 2 mai 2025 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : TSSB2530252S

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

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

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

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

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

Vu la demande présentée le 9 avril 2025 par Monsieur Grégory EGEA aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire ;

Vu le dossier déclaré complet le 30 avril 2025 ;

Considérant que Monsieur Grégory EGEA, pharmacien biologiste, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale, d'un diplôme d'étude spécialisées complémentaires de cytogénétique humaine et d'un diplôme universitaire de séquençage à haut débit et maladies génétiques ; qu'il exerce les activités de génétique au sein du service de génétique du laboratoire Gen-Bio à Clermont-Ferrand depuis 2017 et en tant que praticien agréé depuis 2021 ; que les résultats de son activité sont jugés satisfaisants et qu'il justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1^{er}

Monsieur Grégory EGEA est agréé au titre de l'article R. 1131-6 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire.

Article 2

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

Article 3

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

Fait le 2 mai 2025.

Pour la directrice générale et par délégation :
L'adjoint à la directrice juridique,
Thomas VAN DEN HEUVEL

Agence de la biomédecine

Décision du 5 mai 2025 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : TSSB2530253S

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

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

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

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

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

Vu la demande présentée le 2 avril 2025 par Monsieur Jean-Baptiste BAUDEY aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée aux typages HLA et HPA ;

Vu le dossier déclaré complet le 5 mai 2025 ;

Considérant que Monsieur Jean-Baptiste BAUDEY, pharmacien biologiste, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale, d'un master 2 biologie santé et d'un diplôme d'études supérieures universitaires en transfusion sanguine - sécurité transfusionnelle et hémovigilance ; qu'il exerce les activités de génétique au sein du laboratoire d'immunogénétique et histocompatibilité HLA de l'Établissement français du sang Paca Corse site Marseille Baille depuis novembre 2023 ; qu'il a effectué un stage au sein du laboratoire de génétique moléculaire et d'histocompatibilité du Centre hospitalier universitaire de Brest en décembre 2024 ; qu'il justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1^{er}

Monsieur Jean-Baptiste BAUDEY est agréé au titre de l'article R. 1131-6 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée aux typages HLA et HPA.

Article 2

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

Article 3

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

Fait le 5 mai 2025.

Pour la directrice générale et par délégation :
L'adjoint à la directrice juridique,
Thomas VAN DEN HEUVEL

Agence de la biomédecine

Décision du 5 mai 2025 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : TSSB2530254S

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

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

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

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

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

Vu la demande présentée le 2 avril 2025 par Madame Anne-Claude TABET aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer :

- Les analyses de génétique moléculaire ;
- Les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire ;

Vu le dossier déclaré complet le 5 mai 2025 ;

Considérant que Madame Anne-Claude TABET, médecin qualifiée, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale, d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de cytogénétique humaine, d'un diplôme d'habilitation à diriger des recherches en médecine et d'un diplôme d'études approfondies en génétique moléculaire des maladies du développement et de l'oncogenèse ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein de l'unité fonctionnelle de cytogénétique – département de génétique de l'Hôpital Robert Debré (AP-HP) depuis 2005 et en tant que praticienne agréée depuis 2013 ; que les résultats de son activité sont jugés satisfaisants et qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1^{er}

Madame Anne-Claude TABET est agréée au titre de l'article R. 1131-6 du code de la santé publique pour pratiquer :

- Les analyses de génétique moléculaire ;
- Les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire.

Article 2

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

Article 3

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

Fait le 5 mai 2025.

Pour la directrice générale et par délégation :
L'adjoint à la directrice juridique,
Thomas VAN DEN HEUVEL

Agence de la biomédecine

Décision du 6 mai 2025 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : TSSB2530255S

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

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

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

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

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

Vu la demande présentée le 9 avril 2025 par Madame Fabienne FARCE aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée aux typages HLA ;

Vu le dossier déclaré complet le 6 mai 2025 ;

Considérant que Madame Fabienne FARCE, pharmacienne biologiste, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale et d'un diplôme d'université de transfusion sanguine ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du laboratoire d'histocompatibilité de l'Etablissement français du sang Normandie Bois-Guillaume depuis 2012 et en tant que praticienne agréée depuis 2015 ; que les résultats de son activité sont jugés satisfaisants et qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1^{er}

Madame Fabienne FARCE est agréée au titre de l'article R. 1131-6 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée aux typages HLA.

Article 2

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

Article 3

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

Fait le 6 mai 2025.

Pour la directrice générale et par délégation :
L'adjoint à la directrice juridique,
Thomas VAN DEN HEUVEL

Agence de la biomédecine

Décision du 7 mai 2025 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : TSSB2530256S

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

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

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

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

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

Vu la demande présentée le 7 février 2025 par Madame Maude AVIAS aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée aux typages HLA et HPA ;

Vu les informations complémentaires apportées par le demandeur ;

Vu le dossier déclaré complet le 7 mai 2025 ;

Considérant que Madame Maude AVIAS, pharmacienne biologiste, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale et d'un diplôme d'études supérieures universitaires transfusion sanguine – sécurité transfusionnelle et hémovigilance ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du laboratoire d'immunogénétique et histocompatibilité HLA de l'Établissement français du sang PACA Corse (site Marseille Baille) depuis octobre 2012 ; qu'elle a effectué un stage au sein du laboratoire de génétique médicale et biologie de la reproduction du Centre hospitalier universitaire de Brest en décembre 2024 ; qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1^{er}

Madame Maude AVIAS est agréée au titre de l'article R. 1131-6 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée aux typages HLA et HPA.

Article 2

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

Article 3

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

Fait le 7 mai 2025.

Pour la directrice générale et par délégation :
L'adjoint à la directrice juridique,
Thomas VAN DEN HEUVEL

Agence de la biomédecine

Décision du 13 mai 2025 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : TSSB2530257S

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

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

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

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

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

Vu la demande présentée le 14 avril 2025 par Monsieur Nicolas GRUCHY aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire ;

Vu le dossier déclaré complet le 30 avril 2025 ;

Considérant que Monsieur Nicolas GRUCHY, médecin qualifié, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale et d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de cytogénétique humaine ; qu'il exerce les activités de génétique au sein du service de génétique du Centre hospitalier universitaire de Caen depuis 2007 ; qu'il dispose par ailleurs d'un agrément pour pratiquer les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire depuis 2011 ; qu'il justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1^{er}

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

Article 2

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

Article 3

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

Fait le 13 mai 2025.

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

Agence de la biomédecine

Décision du 16 mai 2025 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : TSSB2530258S

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

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

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

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

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

Vu la demande présentée le 18 avril 2025 par Madame Léa PAYEN-GAY aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer :

- Les analyses de génétique moléculaire ;
- Les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée à la pharmacogénétique ;

Vu le dossier déclaré complet le 2 mai 2025 ;

Considérant que Madame Léa PAYEN-GAY, pharmacienne non biologiste, est notamment titulaire d'un diplôme d'études approfondies de toxicologie ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de biochimie et biologie moléculaire du Centre hospitalier universitaire Lyon-Sud (HCL) depuis 2008 et en tant que praticienne agréée pour la pratique des analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée à la pharmacogénétique depuis 2020 ; que les résultats de son activité sont jugés satisfaisants et qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises ;

Considérant cependant que l'expérience du demandeur en ce qui concerne la pratique des analyses de génétique moléculaire non limitées ne répond pas aux critères définis par le conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en application de l'article R. 1131-7 du code de la santé publique ; qu'en particulier le dossier accompagnant la demande d'agrément ne justifie pas d'une pratique hors internat d'au moins douze mois dans un établissement autorisé pour l'activité demandée, ni d'un diplôme en génétique moléculaire,

Décide :

Article 1^{er}

Madame Léa PAYEN-GAY est agréée au titre des articles R. 1131-6 et L. 6213-2 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée à la pharmacogénétique.

L'agrément de Madame Léa PAYEN-GAY pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire non limitées, en application de l'article R. 1131-6 du code de la santé publique est refusé.

Article 2

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

Article 3

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

Fait le 16 mai 2025.

Pour la directrice générale et par délégation :

La directrice juridique,
Anne DEBEAUMONT

Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles

Avenant n° 9 du 16 mai 2025 à la convention de délégation de gestion du 14 avril 2023 relative au financement de systèmes d'information (à l'exception de LaboéSI)¹

NOR : TSSZ2530277X

ENTRE

La Direction générale de la santé (DGS),
représentée par Émilien ROGER, sous-directeur de l'appui au pilotage et des ressources,
désignée sous le terme de « délégrant », d'une part,

ET

La Direction du numérique (DNUM),
représentée par Anne JEANJEAN, directrice,
désignée sous le terme de « délégataire », d'autre part.

Vu la convention de délégation de gestion entre la DGS et la DNUM signée le 14 avril 2023,

Vu l'avenant n° 1 à cette même délégation signée le 21 septembre 2023 portant modification de l'annexe spécifiée à l'article 11 de la convention susmentionnée,

Vu l'avenant n° 2 signé le 23 novembre 2023 portant modification de l'annexe spécifiée à l'article 11 de la même convention,

Vu l'avenant n° 3 signé le 2 février 2024 portant modification de l'annexe spécifiée à l'article 11 de la même convention,

Vu l'avenant n° 4 signé le 22 février 2024 portant modification de l'annexe spécifiée à l'article 11 de la même convention,

Vu l'avenant n° 5 signé le 1^{er} juillet 2024 portant modification de l'annexe spécifiée à l'article 11 de la même convention,

Vu l'avenant n° 6 signé le 19 août 2024 portant modification de l'annexe spécifique à l'article 11 de la même convention,

Vu l'avenant n° 7 signé le 13 novembre 2024 portant modification de l'annexe spécifiée à l'article 11 de la même convention,

Vu l'avenant n° 8 signé le 6 février 2025 portant modification de l'annexe spécifiée à l'article 11 de la même convention,

Il est convenu ce qui suit :

¹ Le système d'information ENBD fait l'objet d'une convention de délégation de gestion spécifique, depuis le 1^{er} janvier 2023, entre la DGS et la DNUM. L'ENBD a changé de nom et est désormais intitulé LABOéSI.

Article 1^{er}
Objet de l'avenant

Le présent avenant a pour objet d'actualiser l'annexe prévue à l'article 11 de la convention de délégation de gestion précisant les projets applicatifs et les montants financiers associés à la délégation pour l'année 2025, à la suite de l'adoption de la loi n° 2025-127 du 14 février 2025 de finances pour 2025.

Il porte le montant total des crédits ouverts au délégataire sur le budget général du **P 204 à 1 475 547 € TTC en AE et 2 215 672 € TTC en CP, dont 740 125 € TTC de CP correspondant aux engagements basculés des exercices précédents (2024)**, conformément à la programmation validée par les entités de la DGS concernées.

L'annexe au présent avenant présente le détail de cette programmation et annule et remplace celle de la convention de délégation de gestion initiale et de son avenant n° 8.

Article 2
Autres dispositions

Les autres dispositions de la convention de délégation de gestion demeurent inchangées.

Fait le 16 mai 2025.

Pour la Direction générale de la santé :
Le sous-directeur de l'appui au pilotage et des ressources,
Émilien ROGER

Pour la Direction du numérique :
La directrice,
Anne JEANJEAN

Copies :

- Monsieur le contrôleur budgétaire et comptable ministériel auprès des ministères chargés des affaires sociales ;
- Monsieur le Directeur des finances, des achats et des services, responsable du programme 155.

ANNEXE

Nouvelle annexe de la convention de délégation de gestion (article 11)
signée le 14 avril 2023 (et de son avenant n° 8)

EXERCICE 2025 - Projets SI DGS confiés à la DNUM - Programme 204				
Fonds	Intitulés / application	AE 2025	CP sur AE2024	CP 2025
Budget général Programme 204 (hors Covid)	VAC - SI _ Base Sequestre 2024 (PSN/VDD)	35 000,00 €	- €	35 000,00 €
	SIRIPH2G (PSN/SMS)	839 863,00 €	254 882,00 €	839 863,00 €
	SILAV (PSN/SMS)	257 300,00 €	119 074,00 €	257 300,00 €
	Système d'information SI ICEA (SCN DNUM)	- €	46 547,00 €	- €
	SI SANTE HABITAT (SI SH) (SCN DNUM)	102 800,00 €	- €	102 800,00 €
	SI AMIANTE	- €	- €	- €
	ALKANTE - GEODAE(DGS)	10 584,00 €	- €	10 584,00 €
	SIAPADD	- €	- €	- €
	ALKANT - AMBROISIE (SCN ARS), - provision	20 000,00 €		20 000,00 €
	PHARMA-SI : Portail de téléchargement des pharmacies - bilans prévention (SCN ARS) - TROD - SANTE.FR	60 000,00 €	- €	60 000,00 €
	AQUASISE	- €	319 622,00 €	- €
	BIOMED/BIO2	- €	- €	- €
	RESE (SCN/DNUM et ARS OCCITANIE)	150 000,00 €	- €	150 000,00 €
TOTAL BUDGET GENERAL - Programme 204		1 475 547,00 €	740 125,00 €	1 475 547,00 €

Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles

Arrêté du 19 mai 2025 modifiant l'arrêté du 21 juin 2024 relatif à la commission paritaire de pilotage et de suivi prévu par les articles 28 et 29 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'État

NOR : TSSR2530239A

La ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles,

Vu le code général de la fonction publique, notamment son article L. 221-3 ;

Vu le décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'État, notamment ses articles 28 et 29 ;

Vu l'arrêté du 21 juin 2024 relatif à la commission paritaire de pilotage et de suivi prévu par les articles 28 et 29 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'État ;

Vu la demande de l'organisation syndicale SNPASS FO en date du 16 mai 2025,

Arrête :

Article 1^{er}

Madame Nassera KADRI est nommée membre titulaire du collège des représentants des organisations syndicales de la commission paritaire de pilotage et de suivi, sur proposition du Syndicat national des personnels des affaires sanitaires et sociales FO (SNPASS FO), en remplacement de Madame Rose-Marie HAMZA.

Article 2

La directrice des ressources humaines du ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité et au Bulletin officiel Travail - Emploi - Formation professionnelle.

Fait le 19 mai 2025.

Pour la ministre et par délégation :
La directrice des ressources humaines,
Caroline GARDETTE-HUMEZ

Agence de la biomédecine

Décision du 20 mai 2025 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : TSSB2530259S

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

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

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

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

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

Vu la demande présentée le 28 avril 2025 par Madame Julie AMIOT aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire ;

Vu le dossier déclaré complet le 9 mai 2025 ;

Considérant que Madame Julie AMIOT, médecin qualifié, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale option précoce médecine moléculaire génétique-pharmacologie et d'un magistère européen de génétique ; qu'elle a exercé les activités de génétique au sein du service de génétique du Centre hospitalier universitaire de Rouen de novembre 2021 à octobre 2022, ainsi qu'au sein du laboratoire de biologie clinique et génétique des cancers du Centre François Baclesse (Caen) de novembre 2023 à avril 2024, qu'elle exerce actuellement au sein du service de génétique du Centre hospitalier universitaire de Rouen depuis mai 2024 ; qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1^{er}

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

Article 2

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

Article 3

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

Fait le 20 mai 2025.

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



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,
DES SOLIDARITÉS
ET DES FAMILLES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

INSTRUCTION N° DGS/SP4/2025/78 du 20 mai 2025 actualisant l'instruction n° DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville

Le ministre auprès de la ministre du travail, de la santé, des solidarités
et des familles, chargé de la santé et de l'accès aux soins

à

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

Référence	NOR : TSSP2515534J (numéro interne : 2025/78)
Date de signature	20/05/2025
Emetteurs	Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles Direction générale de la santé (DGS)
Objet	Actualisation de l'instruction n° DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville.
Actions à réaliser	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place une politique régionale de soutien à la création et au développement des conseils locaux de santé mentale (CLSM) en s'appuyant sur un référentiel national. - Inciter les acteurs locaux concernés à créer de nouveaux CLSM, en s'appuyant sur le référentiel national. - Inciter les acteurs des CLSM déjà existants à se rapprocher du modèle décrit dans le référentiel national.
Résultats attendus	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation du nombre de CLSM actifs dans chaque région, avec le soutien institutionnel et/ou financier des ARS. - Amélioration du fonctionnement des CLSM existants grâce à la mise en œuvre du référentiel.
Echéance	Application immédiate
Contact utile	Sous-direction Santé des populations et prévention des maladies chroniques Bureau de la santé mentale (SP4) Pilar ARCELLA-GIRAUX Tél. : 06 60 74 64 81 Mél. : pilar.arcella-giraux@sante.gouv.fr

Nombre de pages et annexes	6 pages + 2 annexes (11 pages) Annexe 1 - Référentiel national des conseils locaux de santé mentale (CLSM) Annexe 2 - Synthèse des articulations entre CLS, CLSM et PTSM
Résumé	L'instruction complète l'instruction n° DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016, dans le but d'une part de clarifier la place et le rôle des CLSM dans la planification territoriale, d'autre part d'inciter les ARS à soutenir la généralisation des CLSM. Elle propose un outil (un référentiel national) pour guider les acteurs et les décideurs dans la structuration et la mise en place des CLSM.
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer.
Mots-clés	Feuille de route santé mentale et psychiatrie, Assises de la santé mentale et de la psychiatrie, grande cause nationale 2025, concertation, projet régional de santé (PRS), projet territorial de santé mentale (PTSM), contrats locaux de santé (CLS), quartiers politique de la ville (QPV), participation, usagers, aidants.
Classement thématique	Santé publique
Textes de référence	<ul style="list-style-type: none"> - Loi de modernisation de notre système de santé n° 2016-41 du 26 janvier 2016 ; - 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 (loi 3DS) ; - Article L. 3221-2 du code de la santé publique ; - Circulaires DGS-2030 du 12 décembre 1972, et DGS-891 du 9 mai 1974 incitant à la création de conseils de santé mentale de secteur ; - Circulaire n° SG/CGET/2014/376 du 5 décembre 2014 relative à l'intégration des enjeux de santé au sein des contrats de ville ; - Instruction n° DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville ; - Instruction n° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale ; - Plans de santé mentale 2005-2008 et 2011-2015 ; - Feuille de route Santé mentale et psychiatrie 2018.
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Instruction n° DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016.
Rediffusion locale	Établissements de santé et collectivités.
Validée par le CNP du 4 avril 2025 - Visa CNP 2025-16	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

Contexte

Reconnus juridiquement par la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, décrits dans l'instruction du 30 septembre 2016 et inclus dans la Feuille de route santé mentale et psychiatrie 2018, les conseils locaux de santé mentale (CLSM) ont pour objectif principal la définition et la mise en œuvre d'une stratégie locale de santé mentale par les acteurs du territoire. Évoluant dans un cadre participatif, le CLSM est ainsi un outil de démocratie sanitaire en santé mentale, créé à l'initiative des acteurs locaux, à l'échelle d'une commune, d'une intercommunalité ou d'un arrondissement. Sous l'égide du maire ou du président de l'intercommunalité, il rassemble tous les acteurs locaux, dont la psychiatrie publique et les personnes concernées par les troubles psychiques et leur entourage, pour agir de manière concertée sur les déterminants de la santé mentale, au bénéfice des habitants du territoire.

En 2024, on recense environ 280 CLSM, dont 160 couvrant un ou plusieurs quartiers prioritaires de la ville (QPV). Une vingtaine de CLSM sont créés chaque année. Ils ont fait la preuve de leur utilité dans la préservation du lien social pendant la crise sanitaire de 2020, ce qui a amené le Haut Conseil de la santé publique à recommander leur soutien pour une meilleure coordination des actions de promotion en santé mentale dans les territoires¹. Leur importance a été soulignée lors des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie de 2021 et, en 2024, le Haut-Commissariat au Plan recommande d'« encourager l'élaboration d'une vision partagée de la santé mentale par l'ensemble des acteurs dans le cadre des CLSM »². Enfin le Premier ministre Michel Barnier a annoncé en octobre 2024, dans le cadre de son annonce de grande cause nationale 2025 dédiée à la santé mentale, son souhait de généraliser les CLSM en tant qu'« outils de coordination territoriale, [...] permettant d'organiser les parcours et de favoriser une mobilisation des acteurs au niveau local ».

En parallèle, d'autres dispositifs de coordination d'acteurs locaux concernant la santé et la santé mentale ont pris leur essor ces dernières années. Leur amplification a fait apparaître un besoin de mieux définir et renforcer les articulations avec les CLSM. Il s'agit en particulier des contrats locaux de santé (CLS), des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) et des communautés psychiatriques de territoire (CPT), mais aussi d'autres dispositifs de de coordination tels que les dispositifs d'appui à la coordination (DAC), les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou les communautés 360.

Objet de l'instruction

La présente instruction a pour objet d'actualiser l'instruction n° DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des CLSM en particulier dans le cadre des contrats de ville. Elle ne remplace pas l'instruction 2016 mais la complète en proposant un outil nouveau : un référentiel national qui permet de clarifier la place et le rôle des CLSM dans la planification territoriale en santé, leurs articulations avec d'autres dispositifs de coordination d'acteurs locaux et de guider les acteurs et les décideurs dans la structuration et la mise en place des CLSM.

L'objectif est d'énoncer les critères fondamentaux qui doivent guider les CLSM, en fournissant un socle commun, compatible avec les orientations régionales et adaptables aux spécificités locales, afin que l'ensemble des acteurs du territoire français dispose d'un cadre structurant avec de recommandations concrètes.

¹ Haut Conseil de santé publique, 2021, rapport « Impact du Covid-19 sur la santé mentale » : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1097>.

² Haut Commissariat au plan, 2024, rapport « La prise en charge des troubles psychiques et psychologiques : un enjeu majeur pour notre société » : <https://www.info.gouv.fr/upload/media/content/0001/11/8c52208de3642722be9fcc1107014cfb2c14f72.pdf>

I. Le soutien à l'émergence et au développement des CLSM

À partir d'une dynamique locale menée par les élus avec le concours de la psychiatrie publique, des habitants vivant avec des troubles psychiques et leur entourage, et de tous les acteurs concernés, les ARS s'attacheront à intensifier leurs efforts pour impulser et favoriser l'émergence et le développement des CLSM sur leurs territoires, en cohérence avec leur projet régional de santé (PRS) et les PTSM, et en veillant à leur bonne articulation avec les CLS et la politique de la ville.

Ce soutien aux CLSM participe à la réorganisation de la santé mentale et la psychiatrie au niveau du territoire, fixée par l'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé et qui vise à réduire les inégalités sociales et de santé et à favoriser une coordination de proximité. Dans ce cadre, les CLSM doivent participer à la réalisation du diagnostic territorial partagé en santé mentale et à la définition du PTSM, et être consultés pour avis préalablement à leur validation par le directeur général de l'ARS³. Ils peuvent par ailleurs être associés à l'élaboration de la convention constitutive des communautés psychiatriques de territoire⁴. Ainsi les CLSM sont identifiés en tant que porteurs des concertations locales facilitant des actions de proximité sur les déterminants de la santé mentale.

Par leur appui à l'émergence et au développement des CLSM, les ARS soutiennent une dynamique « ascendante – descendante » qui conforte l'ancrage territorial et la politique du secteur psychiatrique, et facilite à plusieurs niveaux l'appropriation d'une vision globale de la santé mentale par tous les acteurs. D'une part, il s'agit de susciter l'inscription dans l'agenda politique des collectivités d'actions favorables aux déterminants de la santé mentale, comme la lutte contre la solitude et l'exclusion sociale, ou un urbanisme intégrant les enjeux de l'interface santé mentale/environnement. D'autre part, devrait être facilitée la prise en compte des déterminants sociaux et urbains de la santé mentale par les acteurs de la psychiatrie, notamment ceux du secteur dans le cadre de la lutte contre les inégalités de santé. Les CLSM sont ainsi au cœur de la vision d'une politique de santé qui intègre conjointement les aspects sanitaires et les aspects non sanitaires de la prévention en santé mentale et de l'accompagnement dans leur parcours de vie des personnes concernées par les troubles psychiques. C'est aussi pour les ARS une occasion importante de renforcer la démocratie sanitaire autour de la thématique santé mentale.

II. Le référentiel national des CLSM et le guide détaillé

Élaboré par le Centre national de ressources et d'appui aux CLSM du Centre collaborateur de l'OMS (CCOMS) de Lille, après consultation d'un large panel d'acteurs (dont des représentants d'ARS, d'usagers, de CLSM) et avec l'appui de la DGS, ce référentiel national vise à fournir un socle commun, compatible avec les orientations régionales, et adaptable aux spécificités locales, afin que tous les acteurs du territoire français disposent d'un cadre structurant et de recommandations claires pour la création ou la consolidation d'un CLSM.

Ce référentiel rappelle que le CLSM est avant tout un outil qui nécessite une mobilisation politique forte portée par les élus locaux, et dont la réussite dépend des engagements et moyens définis par les acteurs pour construire une vision collective de la santé mentale, et agir ensemble sur ses déterminants. Ces recommandations visent à faciliter l'organisation d'un CLSM en apportant des clarifications quant à ses missions, ses objectifs, son périmètre et sa structuration, ses méthodes de travail, ses outils de suivi et d'évaluation, ainsi que ses articulations, notamment avec les PTSM et les CLS.

³ Article L. 3221-2 du code de la santé publique.

⁴ Article D. 6136-3 du code de la santé publique.

Le document propose un cadre de référence cohérent avec les politiques nationales de santé publique et les recommandations internationales (par exemple celles de l'OMS sur la santé communautaire), et s'appuie à la fois sur les données de la littérature et sur l'expertise capitalisée par le Centre national de ressources et d'appui aux CLSM. Ce référentiel est par ailleurs porteur d'une réflexion déontologique sur le cadre et les modalités d'action des CLSM.

En complément du référentiel, les acteurs sont encouragés à consulter le guide détaillé, disponible en ligne sur le site internet du Centre national de ressources et d'appui aux CLSM. Il permet d'approfondir la réflexion, et fournit des éléments méthodologiques plus développés, illustrés par des exemples d'actions de CLSM sur le terrain.

III. Accompagnement et suivi du déploiement

Au niveau national, la DGS soutient et promeut activement le déploiement, l'animation et la valorisation des CLSM, notamment par son partenariat avec le CCOMS de Lille qui a créé le Centre national de ressources et d'appui aux CLSM. Ses missions sont de diffuser une information sur les CLSM, d'appuyer méthodologiquement les acteurs qui s'engagent dans la démarche à toutes les étapes du processus de création d'un CLSM, mais aussi d'accompagner et valoriser les CLSM actifs. Le Centre assure notamment des sessions de formation des coordonnateurs CLSM, en partenariat avec le Centre national de formation de la fonction publique territoriale (CNFPT), et a créé des outils de sensibilisation pour les municipalités et les élus. Par ailleurs, le CNFPT propose des actions de sensibilisation et de formation en santé mentale pour les agents de la fonction publique territoriale, dont beaucoup travaillent dans des services essentiels pour les CLSM, comme les centres communaux d'action sociale (CCAS).

Les indicateurs pour apprécier la progression de l'émergence et développement des CLSM sont :

- Nombre de CLSM actifs et pourcentage de population couverte, par région et par an ;
- Pourcentage des CLSM incluant dans leurs comités de pilotage des représentants d'usagers et de leurs proches ;
- Pourcentage de CLSM organisant une assemblée générale par an.

Ces indicateurs sont recueillis par le Centre national de ressources et d'appui, auprès des ARS, mais aussi directement auprès des CLSM.

Nous comptons sur vous pour inscrire le déploiement des CLSM parmi vos priorités de santé et nous vous en remercions.

L'instruction n° DGS/SP4/2025/8 du 13 mai 2025 actualisant l'instruction n° DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville est retirée.

Vu au titre du CNP par la secrétaire générale adjointe
des ministères chargés des affaires sociales,

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

Sophie BARON

Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de la santé par intérim,

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

Sarah SAUNERON

Annexe 1

Référentiel national des conseils locaux de santé mentale (CLSM)**Contexte et objectifs du référentiel national**

Au cours des dernières décennies, les besoins et les attentes de la population en santé mentale ont considérablement augmenté. Cela concerne non seulement la création de conditions favorables au bien-être, mais aussi la prévention et le traitement des troubles psychiques. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les modèles principalement centrés sur les soins médicaux ne sont pas efficaces pour répondre à l'intégralité et à l'ampleur des défis actuels. Les approches de santé mentale communautaire et de santé mentale publique, telles qu'elle les promeut dans son « Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030 » et son « Rapport mondial sur la santé mentale : Transformer la santé mentale pour tous (2022) », émergent *a contrario* comme des solutions prometteuses. Ces deux approches visent à agir sur les déterminants sociaux et environnementaux du bien-être, et à réduire les inégalités de santé par des politiques intersectorielles. Elles intègrent prévention, promotion, soins et soutien à l'échelle locale, en impliquant activement les communautés dans la définition des besoins et des solutions.

En France, les conseils locaux de santé mentale (CLSM) proposent une déclinaison locale et concrète de ces recommandations internationales. Forte de plusieurs décennies de réflexions et d'évolutions, leur légitimité a été consolidée en 2016 par la loi de modernisation de notre système de santé et l'instruction interministérielle de 2016¹, puis par leur inscription dans la « Feuille de route santé mentale et psychiatrie » de 2018 et les stratégies territoriales de santé. En 2022, à la suite de la crise de la Covid-19 et son impact sur la santé mentale des Français, l'engagement envers ces démarches s'est intensifié avec la mobilisation d'élus locaux, traduite notamment par l'Appel de Nantes, demandant à amplifier au niveau local l'action sur les déterminants de la santé mentale et la coordination interdisciplinaire des acteurs.

Les récentes évolutions, telles que la multiplication des CLSM ou encore la mise en place des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) et d'autres instances de concertation territoriales, ont suscité une demande croissante pour clarifier les critères fondamentaux qui doivent guider les CLSM, dont les modes de fonctionnement restent très hétérogènes. Ce référentiel, accompagné d'un guide détaillé disponible en ligne sur le site ressources-clsm.org, a été mis en œuvre par le Centre collaborateur de l'OMS de Lille et vise à répondre à cette attente, tout en précisant les principes et objectifs idéaux vers lesquels les CLSM doivent tendre.

1. Définition d'un CLSM

Un CLSM est une démarche locale, ayant une gouvernance spécifique, qui vise à mobiliser différents acteurs autour d'un objectif commun : l'amélioration de la santé mentale de la population de son territoire. Ce n'est ni un contrat, ni une structure. Conformément aux recommandations de l'OMS, il s'appuie sur les principes de la santé communautaire, tels que la démocratie participative, le respect des droits humains, une organisation horizontale, la co-construction, le décloisonnement et la promotion d'une culture commune. Il promeut une vision globale de la santé mentale, et affirme son inscription dans une démarche de santé publique.

¹ Instruction n° DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville.

Préconisations :

- **Engager un portage institutionnel fort** : la création d'un CLSM doit reposer sur un engagement institutionnel conjoint entre la collectivité (maire, président d'intercommunalité) et le pôle de psychiatrie (chefferie de pôle ou de secteur). Cet engagement peut se matérialiser par une charte ou une convention de partenariat qui prévoit le fonctionnement du CLSM et peut servir de support à un éventuel co-financement.
- **Décloisonner les acteurs du territoire** : un CLSM doit être une démarche inclusive, ouverte à toute personne, structure ou professionnel du territoire souhaitant contribuer aux objectifs de sa feuille de route.

2. Objectifs d'un CLSM

Un CLSM a pour objectif principal de définir et de mettre en œuvre une stratégie locale de santé mentale, articulée autour de cinq objectifs spécifiques :

- Lutter contre la stigmatisation liée aux troubles de santé mentale ;
- Agir sur les déterminants individuels et collectifs de la santé mentale ;
- Prévenir les troubles psychiques ;
- Promouvoir l'inclusion sociale et favoriser le respect des droits des personnes concernées par des troubles psychiques ;
- Contribuer à assurer des parcours de soins accessibles, continus et adaptés aux besoins des personnes concernées par des troubles psychiques.

Ces cinq objectifs doivent être traduits en objectifs opérationnels pour guider concrètement les projets et actions à mener :

- Identifier les besoins locaux et prioriser les actions à mettre en œuvre ;
- Élaborer et déployer un programme d'actions adapté, destiné à la fois au grand public et aux professionnels ;
- Renforcer le travail en réseau et encourager le décloisonnement entre les acteurs du territoire ;
- Recenser, valoriser et communiquer sur les ressources locales.

Préconisations :

- **Réaliser les objectifs en prenant en compte les spécificités territoriales** : un CLSM doit tendre vers la réalisation de l'ensemble de ces objectifs spécifiques et opérationnels, en adaptant leur mise en œuvre en fonction des diagnostics locaux, des priorités identifiées et des ressources disponibles.

3. Périmètre géographique d'un CLSM

La définition du périmètre géographique d'un CLSM soulève plusieurs questions, car la notion de "local" doit être précisée en fonction des dynamiques et des spécificités du territoire, tout en tenant compte des freins et leviers susceptibles d'influencer son bon fonctionnement. Ce choix doit être issu d'une réflexion collective et formalisé au sein d'un comité technique ou de pilotage.

Préconisations :

- **Prioriser les territoires fragilisés pour la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé** : Le périmètre du CLSM doit privilégier la couverture des territoires vulnérables, tels que les zones rurales et les quartiers relevant de la politique de la ville, afin de répondre aux besoins spécifiques des populations en situation de précarité.

- **Adapter le périmètre géographique aux ressources et besoins locaux** : Le périmètre d'un CLSM doit être adapté aux réalités locales, en tenant compte des diagnostics, des ressources disponibles, des spécificités territoriales et de l'articulation avec les autres dispositifs de santé. Bien qu'il n'y ait pas de seuil minimal ou maximal fixé en nombre d'habitants, un périmètre trop vaste ou trop restreint peut fragiliser son fonctionnement et nuire à la démarche de proximité. En 2022, un CLSM couvre 107 000 habitants en moyenne, ce chiffre peut servir de repère. **Veiller à la cohérence entre les caractéristiques du territoire et les objectifs du CLSM** : La typologie du territoire est un facteur clé à prendre en compte. Par exemple, en milieu urbain, les déterminants liés à l'urbanisme et au logement jouent un rôle central. En milieu rural, le CLSM doit intégrer les particularités de la ruralité, telles que le risque d'isolement, la rareté des ressources, les éloignements géographiques, et les moyens humains et économiques souvent limités.

4. Instances d'un CLSM

Un CLSM repose sur trois instances principales : une instance stratégique (comité de pilotage), une ou plusieurs instances opérationnelles (groupes de travail) et une instance citoyenne (assemblée plénière).

- Le comité de pilotage (COPIL) :

Le comité de pilotage définit la stratégie et les orientations du CLSM en se basant sur un diagnostic des besoins du territoire. Il est composé *a minima* des représentants :

- Du maire ou du président de l'intercommunalité ;
- De la chefferie de pôle/du secteur psychiatrique ;
- De personnes concernées par des troubles psychiques ;
- Des aidants.

Sa composition inclut également des acteurs clés, indispensables pour définir la stratégie du CLSM en fonction des spécificités du territoire concerné (délégation départementale de l'ARS, professionnels de santé, acteurs sociaux et médico-sociaux, acteurs du logement, de l'éducation, de la justice...). Par exemple, dans certains CLSM, la participation du service social du Conseil départemental au sein de l'échelon stratégique permet d'articuler les politiques de solidarité avec les enjeux de santé mentale. Par ailleurs, la composition du COPIL s'adapte aux priorités fixées par le CLSM : si l'une d'entre elles porte sur la santé mentale des jeunes, il est attendu que des acteurs stratégiques du territoire engagés sur les questions de jeunesse intègrent le COPIL.

Les membres du COPIL siègent en tant que représentants, et non à titre individuel. Ils peuvent représenter une catégorie d'acteurs (par exemple, un habitant pour les habitants du territoire, ou un médecin généraliste pour les professionnels libéraux), une institution (comme un représentant du centre communal d'action sociale – CCAS, ou de l'Éducation nationale), ou une structure associative (comme un représentant d'une association de personnes concernées par des troubles psychiques).

Le COPIL se réunit deux fois par an pour assurer la construction et le suivi de la feuille de route du CLSM.

- Les groupes de travail :

Constitués sur la base des priorités identifiées par le COPIL, les groupes de travail sont chargés sur leur périmètre de mettre en œuvre la feuille de route à travers des actions concrètes et des collaborations ciblées. Selon leur thématique spécifique (par exemple : accès au logement pour les personnes concernées par des troubles psychiques, santé mentale des adolescents, prévention du suicide, etc.), ils rassemblent des acteurs spécialisés et des personnes concernées dans chaque domaine d'intervention. Ces groupes de travail se réunissent autant que de besoin et contribuent directement à la réalisation des objectifs spécifiques du CLSM.

- L'assemblée plénière :

Elle se réunit une fois par an et associe l'ensemble des acteurs concernés par les enjeux de la santé mentale, qu'ils soient directement impliqués ou non. Elle a pour objectif de recueillir les attentes et besoins du territoire, tout en servant de plateforme pour présenter et valoriser les actions menées, ainsi que la stratégie globale du CLSM.

Ces trois instances sont interdépendantes et interagissent dans une logique de complémentarité.

L'indispensable participation des personnes concernées par des troubles psychiques

Associer les personnes concernées par des troubles psychiques aux décisions qui les intéressent est indispensable pour respecter leurs droits, renforcer leur inclusion sociale, favoriser leur autonomie et améliorer les politiques publiques. Ces bénéfices sont largement documentés dans la littérature scientifique, et soutenus par des textes juridiques internationaux et nationaux. Dans un CLSM, cela implique d'inclure activement les personnes concernées dans les instances stratégiques et les groupes de travail. Mais au-delà de cette participation, il est également crucial d'associer les habitants du territoire, quel que soit leur état de santé mentale. En effet, chaque individu, en tant qu'habitant, est concerné par les facteurs sociaux et environnementaux influençant la santé mentale. Cependant, pour que cette participation soit effective et l'engagement des personnes durable, des mesures concrètes doivent être mises en place. Cela inclut, par exemple, la rétribution de la participation, la mise en place de modalités adaptées (horaires flexibles, formats de réunions accessibles), le respect du temps nécessaire pour instaurer une relation de confiance, ou encore la mise en place d'environnements propices à l'expression libre.

5. Coordination d'un CLSM

La dynamique d'un CLSM repose sur ses instances stratégiques et opérationnelles, qui facilitent la participation des acteurs du territoire. Pour garantir leur bon fonctionnement et une articulation fluide, une coordination efficace est essentielle. Celle-ci est incarnée par le coordonnateur du CLSM, dont les missions se déclinent en plusieurs volets :

- **Le pilotage global du CLSM** : Participe à l'élaboration et capitalisation du diagnostic territorial, prend en charge la rédaction du bilan d'activité et s'assure de l'application et du respect de l'approche communautaire.
- **L'animation des instances** : Assure la co-construction, la co-organisation et la co-animation des instances, tout en facilitant la transmission des informations entre elles. Son rôle peut inclure le co-pilotage, ou l'implication dans des projets et actions portés par les groupes de travail.
- **L'articulation avec le territoire** : Garantit une connaissance approfondie des ressources locales, facilite la mise en relation des acteurs, et assure une coordination efficace avec les autres dispositifs territoriaux de santé.

Préconisations :

- **Prioriser un poste de coordination à temps plein** : Au vu de l'ampleur des besoins en santé mentale, de la diversité des interlocuteurs et des compétences spécifiques nécessaires (en santé publique, méthodologie de projet, etc.), un temps plein pour la coordination est recommandé.
- **Encadrer les missions de coordination par des documents structurants** : Les missions de coordination doivent être précisément définies dans des documents cadres (fiche de poste, convention de fonctionnement, etc.) pour assurer une mise en œuvre efficace.
- **Assurer la formation des coordonnateurs de CLSM** : Quel que soit le statut administratif de leur poste (rattaché à la collectivité, à l'hôpital, ...), tous les coordonnateurs doivent suivre la formation nationale proposée par le Centre national de ressources et d'appui aux CLSM.

- **Assurer la participation des coordonnateurs aux animations de réseau (nationales, régionales, départementales) :** Ces animations (proposées par le Centre national de ressources d'appui aux CLSM, les ARS ou encore les associations régionales du réseau Promotion Santé) permettent de partager les expériences, de garantir une cohérence d'ensemble, et de faciliter les synergies entre les différents niveaux.

Dans tous les cas, il convient d'adapter le temps de travail des coordonnateurs aux besoins, ressources et ambitions du territoire.

6. Financement d'un CLSM

Le financement des CLSM couvre principalement la coordination, mais peut également inclure d'autres besoins essentiels, comme l'élaboration des diagnostics territoriaux, les évaluations, le soutien pour les projets (logistique, communication, réalisation), la valorisation des actions, la rétribution de la participation des personnes concernées et des habitants, et le renforcement des partenariats (formations, actions de cohésion). Un budget adapté est crucial pour garantir l'efficacité et la durabilité du CLSM. Sans ressources suffisantes, de nombreux CLSM peinent à fonctionner dans des conditions favorables, ou à perdurer.

Préconisations :

- **Encourager un co-financement tripartite** porté par la collectivité, le pôle ou secteur psychiatrique, et l'ARS ;
- **Élargir les financements** au-delà du poste de coordination.

7. Suivi d'activité, évaluation, capitalisation

Pour garantir l'efficacité et la pertinence d'une démarche CLSM, plusieurs méthodes d'évaluation, de suivi d'activité et de capitalisation peuvent être mises en place, chacune visant des objectifs spécifiques à définir collectivement.

- **Suivi d'activité :** il permet de suivre l'ensemble des actions du CLSM tout au long de l'année et de rédiger un bilan d'activité, en renseignant aussi bien sur le fonctionnement quotidien (ex. : nombre de réunions des instances, réunions partenariales, composition des groupes de travail), que sur les actions concrètes réalisées (ex. : nombre d'activités menées, taux de participation).
- **Évaluation :** elle permet d'analyser à un moment donné le fonctionnement du CLSM (processus), l'atteinte de ses objectifs spécifiques (résultats) et les effets produits sur le territoire (impact).
- **Capitalisation :** elle consiste à transformer le savoir expérientiel en connaissances partageables, en valorisant les pratiques et stratégies des acteurs sur le terrain.

Préconisations :

- **Anticiper le suivi et l'évaluation :** Se mettre d'accord dès la création du CLSM sur des objectifs clairs, réalisables et mesurables à court et moyen terme, tout en définissant des critères d'évaluation, des méthodes et des moyens dédiés.
- **Prioriser le suivi d'activité, la capitalisation et l'évaluation des processus/résultats :** Les intégrer dans la démarche CLSM est essentiel. Certaines de ces tâches peuvent être assumées par le coordonnateur. En revanche, l'évaluation de l'impact à long terme, plus complexe à conduire, requiert une expertise spécifique et des ressources adaptées.
- **Recourir à des experts et allouer les ressources nécessaires :** Mobiliser des experts (internes ou externes) et prévoir les ressources humaines et financières pour garantir la rigueur et la qualité du processus d'évaluation et de capitalisation.

8. Articulation des CLSM avec les dispositions de la politique territoriale de santé

La politique de territorialisation de la santé a créé divers cadres et dispositifs nécessitant une articulation claire avec les CLSM. Cette articulation est essentielle pour améliorer l'efficacité du système de santé, tant pour les professionnels que pour les citoyens, et pour encourager une vision partagée de la santé mentale. Les modalités d'articulation entre l'intégralité des dispositifs existants ne pouvant être détaillées de manière exhaustive, il a été décidé de mettre l'accent sur les principaux outils de la politique territoriale de santé avec lesquels les CLSM collaborent le plus souvent, et qui suscitent les interrogations les plus fréquentes.

Dans l'effort d'articulation des CLSM avec les différents dispositifs et acteurs, il importe que les besoins à satisfaire, les objectifs de l'articulation, les ressources, les domaines de recoupement et le cadre opérationnel soient clairement identifiés et définis en amont.

- CLSM et projets territoriaux de santé mentale (PTSM) :

Les CLSM et les PTSM jouent, chacun à leur niveau, des rôles essentiels et complémentaires dans l'identification des besoins en santé mentale et la mise en place de solutions adaptées aux territoires. En étant au plus près du terrain, les CLSM permettent aux PTSM de rester en phase avec les réalités locales, tandis que les PTSM offrent aux CLSM un levier pour faire remonter leurs constats et besoins au niveau départemental. Ces deux démarches collectives et collaboratives réunissent divers acteurs pour définir une stratégie cohérente pour le territoire.

La différence principale réside dans leur échelle et leur cadre : les PTSM, déployés au niveau départemental, se concentrent sur six priorités spécifiques, alors que les CLSM, ancrés sur des territoires plus restreints (commune ou intercommunalité), ajustent leurs priorités en fonction des besoins locaux. Ainsi, l'articulation entre les CLSM et les PTSM repose sur des échanges dynamiques et réciproques entre les niveaux local et départemental.

Préconisations :

- **Contribuer activement à la construction et à l'évolution du PTSM** : Les CLSM partagent leurs diagnostics locaux afin d'enrichir le diagnostic territorial du PTSM². Dans le même temps, ils donnent leur avis sur le projet avant sa validation. Le PTSM doit tenir compte de ces retours pour ajuster ses priorités et rester aligné sur les besoins identifiés localement.
- **Participer à la déclinaison locale du PTSM** : Les CLSM peuvent déployer localement les actions du PTSM, à condition qu'elles soient en accord avec leurs propres priorités.
- **Dynamiser et soutenir mutuellement les démarches** : Les CLSM sont un échelon pertinent de dialogue politique, de participation des acteurs non sanitaires et des habitants, dont les PTSM doivent tenir compte. La création de CLSM dans certains territoires est parfois un objectif des PTSM.

- CLSM et contrats locaux de santé (CLS) :

À la suite des constats alarmants faisant état des besoins en santé mentale, la loi du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique dite « 3DS » prévoit que les CLS intègrent un volet santé mentale, ce qui rend la création de CLSM particulièrement pertinente. Un CLSM sur le territoire permet de renforcer l'impact de la stratégie de santé mentale, en offrant une approche spécialisée et adaptée qui complète et approfondit les actions du CLS. L'émergence d'un CLSM dans un territoire à forts besoins peut constituer un objectif de CLS.

² Article L. 3221-2 IV du code de la santé publique.

Préconisations :

- **Développer conjointement CLS et CLSM** : Compte tenu de l'ampleur et de la spécificité des besoins en santé mentale, le volet santé mentale du CLS doit être renforcé par la création d'un CLSM. Une démarche dédiée permet d'apporter une réponse plus ciblée et à la hauteur des enjeux actuels, dans un cadre complémentaire à celui des CLS.
- **Mettre en œuvre une articulation efficace entre CLS et CLSM** : Collaborer pour garantir la cohérence des actions et éviter les redondances, en partageant les diagnostics et les feuilles de route et en définissant des priorités communes pour optimiser l'impact.
- **Renforcer les instances dédiées et la coordination** : Dédier un équivalent temps plein et établir des instances distinctes pour chacune des démarches CLSM et CLS. Maintenir une communication continue entre coordonnateurs pour assurer une action complémentaire.

Conclusion

Dans un contexte où la santé mentale est un enjeu sociétal majeur, le CLSM représente plus qu'un outil de coordination : il incarne une approche démocratique et politique, portée par un engagement conjoint de la collectivité et du secteur psychiatrique.

En rassemblant tous les acteurs d'un territoire – personnes concernées par des troubles psychiques, aidants, professionnels, élus et citoyens – autour d'une même dynamique, il permet l'égale participation de chacun et lutte activement contre la stigmatisation.

Le CLSM porte également un changement de paradigme essentiel : il promeut une collaboration multisectorielle permettant d'agir sur tous les déterminants de la santé mentale. Il encourage une approche respectueuse des droits humains et orientée vers le rétablissement. Cette vision repose sur le développement d'un réseau de services communautaires, activant les ressources locales pour offrir un soutien global et des parcours de soins accessibles à toutes et tous.

Le CLSM n'est pas une fin en soi : il est un outil dont la réussite dépend de la vision collective et des moyens qu'on lui consacre. Il appelle une mobilisation politique forte et un investissement à long terme pour garantir son impact et jouer pleinement son rôle de levier de transformation dans le champ de la santé mentale.

Ressources

Sur le site internet du Centre national de ressources et d'appui aux CLSM : <https://ressources-clsm.org>

- Guide détaillé du référentiel national CLSM.
- Guide de recommandation pour favoriser l'engagement des usagers et Guide de recommandation pour favoriser l'engagement des élus locaux.
- Brochure « La santé mentale dans la Cité » à destination des municipalités.
- Plaquette de sensibilisation des élus aux Conseils Locaux de Santé Mentale.
- [Repères] sur les commissions de réflexion et d'aide pour les personnes en situation difficile dans le cadre des Conseils Locaux de Santé Mentale.
- Recommandations pour l'élaboration d'un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM).

Annexe 2

Synthèse des articulations entre CLS, CLSM et PTSM

	Conseil local de santé mentale (CLSM)	Projet territorial de santé mentale (PTSM)	Contrat local de santé (CLS)
Référence juridique principale	Article L. 3221-2 du code de la santé publique	Article L. 3221-2 du code de la santé publique	Article L.1434-10 du code de la santé publique
Obligatoire	Non, mais vivement recommandé	Oui	Non, mais vivement encouragé
Porteur de l'initiative	Collectivité territoriale, psychiatrie publique, personnes concernées et leurs aidants	Acteurs du territoire avec accompagnement de l'ARS	Conjointement : collectivité territoriale et ARS
Description	Démarche locale, ayant une gouvernance spécifique, qui vise à mobiliser différents acteurs autour d'un objectif commun : l'amélioration de la santé mentale de la population de son territoire. Ce n'est ni un contrat, ni une structure.	Projet rédigé dans une dynamique partagée par les acteurs de santé du territoire pour fixer des actions à entreprendre qui répondent aux besoins identifiés par le diagnostic territorial établi au préalable par les mêmes acteurs.	Outil porté conjointement pour mettre en œuvre le projet régional de santé. Sont définis : 1) une stratégie et des objectifs définis en commun par les acteurs ; 2) un programme d'actions pluriannuel coconstruit à partir des besoins locaux ; 3) un suivi de la mise en œuvre et une évaluation des résultats conjoints.

<p>Acteurs</p>	<p>Élus locaux d'un territoire (qui le président), secteur de la psychiatrie publique, professionnels de santé, acteurs sociaux et médico-sociaux, usagers, aidants et tous les acteurs locaux concernés (bailleurs, éducation, justice, police, CCAS, circonscription sociale...).</p>	<p>Notamment représentants des usagers, professionnels et établissements de santé, établissements et services sociaux et médico-sociaux, organismes locaux d'assurance maladie et services et établissements publics de l'État concernés, collectivités territoriales, ainsi que les CLS et les CLSM ou toute autre commission comprenant des représentants des usagers et des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux.</p>	<p>Le CLS est signé entre une ARS et une collectivité territoriale. Les préfets, les services de l'État, les acteurs de santé (dont les usagers et leurs aidants) et les associations peuvent être associés au dispositif. La liste des acteurs pouvant être sollicités dépend du contexte du territoire (CPAM, hôpitaux, communautés professionnelles territoriales de santé [CPTS], Maisons de santé pluridisciplinaires [MSP], centres de santé, services municipaux, etc.).</p>
<p>Objectifs</p>	<p>Cinq objectifs spécifiques :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) lutter contre la stigmatisation liée aux troubles de santé mentale ; 2) agir sur les déterminants individuels et collectifs de la santé mentale ; 3) prévenir les troubles psychiques ; 4) promouvoir l'inclusion sociale et favoriser le respect des droits des personnes concernées par des troubles psychiques ; 5) assurer des parcours de soins accessibles, continus et adaptés aux besoins des personnes concernées par des troubles psychiques. 	<p>Six grandes priorités :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) l'accès au repérage précoce, au diagnostic, aux soins et aux accompagnements des troubles psychiques ; 2) le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture ; 3) l'accès des personnes concernées à des soins somatiques adaptés à leurs besoins ; 4) la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence ; 5) le respect et la promotion des droits et du pouvoir d'agir des personnes concernées et la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques ; 6) l'action sur les déterminants de la santé mentale. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ; 2) mettre en œuvre des solutions pour une offre de santé de proximité. <p>Pour les ARS, le dispositif permet de :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) mettre en cohérence leur projet régional (PRS) avec les politiques de santé menées par les collectivités ; 2) mutualiser les moyens pour répondre à un besoin local de santé ; 3) consolider les partenariats locaux et inscrire la démarche dans la durée.

	<p>Quatre objectifs opérationnels :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) identifier les besoins locaux et prioriser les actions à mettre en œuvre ; 2) élaborer et déployer un programme d'actions adapté, destiné à la fois au grand public et aux professionnels ; 3) renforcer le travail en réseau et encourager le décloisonnement entre les acteurs du territoire ; 4) recenser, valoriser et communiquer sur les ressources locales. 		
Cibles spécifiques	<p>Selon le choix des acteurs</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) nouveau-nés, enfants et adolescents ; 2) personnes ayant des conduites addictives ; 3) personnes en situation de précarité et/ou d'exclusion ; 4) personnes placées sous-main de justice ; 5) personnes âgées en perte d'autonomie ; 6) victimes de psychotraumatisme ; 7) personnes en situation de handicap, parmi lesquelles les personnes sourdes et malentendantes ; 8) personnes isolées ; 9) réfugiés et migrants. 	<p>Deux milieux d'application privilégiés :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) les territoires ruraux isolés ; 2) les quartiers urbains en difficulté.

Échelle territoriale	Maille de proximité (commune, intercommunalité, groupement de communes, arrondissement...)	Le plus souvent défini au niveau d'un département (mais peut être moins ou plus large)	Maille de proximité : commune, intercommunalité
Articulation	<p>Les CLSM donnent leur avis sur le diagnostic territorial et le PTSM avant sa validation (cf. art. L. 3221-2 IV. du CSP). En étant au plus près du terrain, les CLSM permettent aux PTSM de rester en phase avec les réalités locales, tandis que les PTSM offrent aux CLSM un levier pour faire remonter leurs constats et besoins au niveau départemental.</p> <p>Le référentiel national des CLSM (annexe 1) préconise que le CLSM doit : contribuer activement à la construction et à l'évolution du PTSM ; participer à la déclinaison locale du PTSM lorsque ses actions sont en accord avec leurs propres priorités ; contribuer à faire connaître le PTSM à l'échelon local. Par ailleurs, les PTSM doivent encourager l'inscription de la création de CLSM dans leurs objectifs.</p>		<p>« Les contrats locaux de santé comportent un volet consacré à la santé mentale, qui tient compte du projet territorial de santé mentale » (art. L. 1434-10 IV. du CSP) et qui peut être le CLSM.</p> <p>Le référentiel national des CLSM préconise de : développer conjointement CLS et CLSM ; garantir la cohérence des actions et éviter les redondances entre les deux instances ; renforcer les instances dédiées et la coordination et maintenir une communication continue entre coordonnateurs pour assurer une action complémentaire.</p>

Agence de la biomédecine

Décision du 21 mai 2025 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : TSSB2530260S

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

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

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

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

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

Vu la demande présentée le 6 mai 2025 par Madame Valérie BIANCALANA aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire ;

Vu le dossier déclaré complet le 21 mai 2025 ;

Considérant que Madame Valérie BIANCALANA, personnalité scientifique, est notamment titulaire d'une maîtrise de biochimie et d'un doctorat en biologie moléculaire, spécialité génétique humaine ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de diagnostic génétique des Hôpitaux universitaires de Strasbourg depuis 2005 et en tant que praticienne agréée depuis 2006 ; que les résultats de son activité sont jugés satisfaisants et qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1^{er}

Madame Valérie BIANCALANA est agréée au titre des articles R. 1131-6 et L. 6213-2 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire.

Article 2

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

Article 3

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

Fait le 21 mai 2025.

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

Agence de la biomédecine

Décision du 21 mai 2025 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : TSSB2530261S

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

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

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

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

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

Vu la demande présentée le 13 mai 2025 par Madame Sarah SNANOUDJ aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire ;

Vu le dossier déclaré complet le 21 mai 2025 ;

Considérant que Madame Sarah SNANOUDJ, médecin qualifiée, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale spécialité génétique moléculaire ; qu'elle a exercé les activités de génétique au sein du service de biochimie métabolique du Centre hospitalier universitaire de Rouen (hôpital Charles Nicolle) de novembre 2019 à octobre 2023, qu'elle exerce au sein du laboratoire Eurofins Biomnis (Lyon) depuis février 2025 et en tant que praticienne agréée depuis 2020 ; que les résultats de son activité sont jugés satisfaisants et qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1^{er}

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

Article 2

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

Article 3

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

Fait le 21 mai 2025.

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

Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles

Arrêté du 26 mai 2025 modifiant l'arrêté du 19 octobre 2022 modifié portant nomination des membres du Haut conseil des professions paramédicales

NOR : TSSH2530247A

La ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles,

Vu le code de la santé publique, notamment l'article D. 4381-3 ;

Vu l'arrêté du 19 octobre 2022 modifié portant nomination des membres du Haut conseil des professions paramédicales,

Arrête :

Article 1^{er}

L'article 1^{er} de l'arrêté du 19 octobre 2022 susvisé est ainsi modifié :

Au troisième alinéa, les mots : « *En cours de désignation, Vice-président* » sont remplacés par les mots : « Stéphane MICHAUD, Vice-président ».

Article 2

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

Fait le 26 mai 2025.

Pour la ministre et par délégation :

La directrice générale de l'offre de soins,
Marie DAUDÉ

Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles

Arrêté du 27 mai 2025 portant renouvellement des membres nommés du conseil d'administration de l'Institut national de jeunes sourds de Paris

NOR : TSSA2530246A

La ministre déléguée auprès de la ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles, chargée de l'autonomie et du handicap,

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

Arrête :

Article 1^{er}

Sont nommés au conseil d'administration de l'Institut national de jeunes sourds de Paris :

Monsieur Philippe CALMETTE, président, inspecteur général des affaires sociales ;

Mme Fatiha HADDI, inspectrice éducation nationale de l'académie de Paris ;

M. Pierre DENIZIOT, conseiller régional d'Île-de-France ;

Mme Lamia EL AARAJE, adjointe à la Maire de Paris ;

Mme Brigitte VAZQUEZ, vice-présidente de l'Amicale des anciens élèves de l'institut ;

Dr Nathalie MUNIER, cheffe de service oto-rhino-laryngologiste à l'Institut national de jeunes sourds de Paris ;

Pr Yves MATILLON, directeur de l'Institut des sciences et techniques de réadaptation, université Claude-Bernard, Lyon I.

Article 2

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

Fait le 27 mai 2025.

Pour la ministre et par délégation :

Le directeur général de la cohésion sociale,

Jean-Benoît DUJOL



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,
DES SOLIDARITÉS
ET DES FAMILLES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

INSTRUCTION N° DGCS/SD5B/DSS/SD1A/CNSA/2025/66 du 27 mai 2025 relative aux orientations de la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées pour l'exercice 2025

La ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles
La ministre déléguée auprès de la ministre du travail, de la santé, des solidarités
et des familles, chargée de l'autonomie et du handicap
Le directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

à

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

Référence	NOR : TSSA2513674J (numéro interne : 2025/66)
Date de signature	27/05/2025
Emetteurs	Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) Direction de la sécurité sociale (DSS) Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
Objet	Orientations de la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées pour l'exercice 2025.
Action à réaliser	Délégation des crédits aux établissements et services médico-sociaux (ESMS) concernés.
Résultat attendu	Délégation des crédits aux ESMS concernés.
Echéance	Immédiate
Contacts utiles	Direction générale de la cohésion sociale Sous-direction Affaires financières et modernisation Bureau Gouvernance du secteur social et médico-social (SD5B) Murielle DEMAGNY Tél. : 06 60 73 64 84 Mél. : murielle.demagny@social.gouv.fr

	<p>Direction de la sécurité sociale Sous-direction du financement du système de soins Bureau Établissements de santé et médico-sociaux (1A) Yasmina OUDJEDOUB Tél. : 07 62 85 28 36 Mél. : yasmina.oudjedoub@sante.gouv.fr</p> <p>Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie Direction du financement de l'offre Pôle Prévision, répartition et suivi des financements Nicolas MOLLARD Tél. : 06 99 02 95 18 Mél. : nicolas.mollard@cnsa.fr</p>
Nombre de pages et annexe	<p>12 pages + 7 annexes (54 pages)</p> <p>Annexe 1 - Modalités de détermination des dotations régionales limitatives (DRL) des agences régionales de santé (ARS)</p> <p>Annexe 2 - Modalités de délégation des crédits relatifs au fonds de soutien 2025 pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en difficulté</p> <p>Annexe 3 - Modalités de mise en œuvre des dispositions du décret n° 2023-1428 du 29 décembre 2023 relatif à la prise en compte des reports à nouveau et des réserves prévue aux articles L. 313-12 et L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles (CASF)</p> <p>Annexe 4 - Application de l'expérimentation de la fusion des sections</p> <p>Annexe 5 - Enquêtes 2025</p> <p>Annexe 6 - Les systèmes d'information pour le suivi de la programmation et de l'allocation de ressources</p> <p>Annexe 7 - Tableaux des dotations régionales limitatives (DRL) 2025 et tableaux de suivi des droits de tirage des ARS.</p>
Résumé	<p>La présente instruction organise la première partie de campagne budgétaire 2025 visant à déléguer aux ARS les ressources destinées aux ESMS des champs personnes âgées (PA) et personnes handicapées (PH) et à déployer l'offre dans le secteur médico-social.</p>
Mention Outre-mer	<p>Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer.</p>
Mots-clés	<p>Dotation régionale limitative (DRL) ; établissement et service médico-social (ESMS) ; actualisation, inflation, glissement vieillesse technicité (GVT) ; soutien aux ESMS en difficulté ; expérimentation de la fusion des sections ; conférence nationale du handicap (CNH) ; personnes âgées (PA) ; personnes en situation de handicap (PH) ; installations de places ; communication alternative améliorée (CAA) ; cotisations relatives à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL).</p>
Classement thématique	<p>Établissements sociaux et médico-sociaux</p>

Textes de référence	<ul style="list-style-type: none"> - Code de l'action sociale et des familles (CASF), notamment ses articles L. 314-3 et L. 314-3-1 ; - Article 18-II. de la loi n° 2023-1195 du 18 décembre 2023 de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027 ; - Loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025 ; - Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 ; - Décret n° 2025-86 du 30 janvier 2025 relatif au taux de cotisations vieillesse des employeurs des agents affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales ; - Article 5 du décret n° 2023-323 du 28 avril 2023 relatif à la tarification des soins infirmiers à domicile pour les personnes âgées et personnes handicapées ; - Arrêté en cours de publication fixant pour l'année 2025 l'objectif de dépenses et le montant total annuel des dépenses pour les établissements et services relevant de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie mentionnée à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles et fixant le montant mentionné à l'article L. 314-3-4 du même code ; - Instruction N° DGCS/SD3A/CNSA/2023/111 du 10 juillet 2023 relative aux autorisations d'engagement de dépenses pour les centres de ressources territoriaux et les services de soins infirmiers à domicile ; - Circulaire N° DGCS/3B/DSS/1A/CNSA/DFO/2023/176 du 7 décembre 2023 relative à la mise en œuvre du plan de création de 50 000 nouvelles solutions et de transformation de l'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap 2024-2030, issu de la Conférence nationale du handicap 2023.
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Établissements et organismes partenaires.
Validée par le CNP le 16 mai 2025 - Visa CNP 2025-22	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

La présente instruction définit le cadre de la campagne budgétaire 2025 des établissements et services médico-sociaux (ESMS) relevant de l'article L.314-3-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

Le sous-objectif des dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées (PA) s'établit ainsi à 17,6 Md€ et le sous-objectif relatif aux établissements et services pour personnes en situation de handicap (PH) à 15,7 Md€ 2025. La campagne budgétaire 2025 repose, en construction, sur un taux de progression de l'objectif global de dépenses (OGD) de **5,4%**, dont **7,4%** pour les établissements et services accueillant des PA et **3,2%** pour les établissements et services accueillant des PH.

Par ailleurs, sans remettre en cause les engagements du Gouvernement et la couverture des besoins en crédits de paiement (CP) exprimés par les agences régionales de santé (ARS) en matière de création de places, **le secteur médico-social contribue à garantir la tenue de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), par une mise en réserve de 241 M€ en 2025, dans le cadre d'un effort porté par l'ensemble des sous-objectifs de l'ONDAM pour garantir la tenue de la trajectoire des finances publiques en 2025.**

Ainsi, l'effort de financement des ESMS par la branche autonomie se poursuit en 2025 afin de rehausser le taux d'actualisation des dotations régionales limitatives (DRL) dans un contexte de difficultés économiques. Cet effort financier doit répondre à plusieurs enjeux, notamment la transformation de l'offre, le renforcement du taux d'encadrement et aussi l'amélioration de la situation économique des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

La présente instruction porte en particulier sur les financements alloués lors de la première phase de campagne budgétaire relatifs :

- Aux dotations de base 2024 reconductibles des ARS et à la prise en compte des effets de l'inflation et du glissement vieillesse technicité (GVT) sur ces dotations ;
- Au renforcement du taux d'encadrement au sein des EHPAD ;
- À l'augmentation des cotisations vieillesse des employeurs des agents affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) ;
- À l'enveloppe mise à disposition des ARS pour venir en soutien aux EHPAD en difficulté, en articulation avec l'analyse menée au sein des commissions départementales ;
- Au financement à mi-année de l'expérimentation relative à la fusion des sections pour 23 départements ;
- Au financement de la préfiguration d'une stratégie 2025 – 2030 relative aux maladies neuro-dégénératives ;
- Au financement du développement de l'offre dans les secteurs PA et PH, notamment en application des engagements pris lors de la conférence nationale du handicap (CNH) 2023.

Le contenu de ces différentes mesures et les montants alloués sont explicités dans les parties suivantes. Les critères de répartition de chacune des mesures sont précisés **en annexe 1**.

1. La reconduction et actualisation des DRL

Pour 2025, le taux d'évolution des moyens alloués aux ESMS, hors mesures nouvelles, est porté en moyenne à + 1,74 % pour le secteur PA (+ 2,35 % pour la valeur de point des EHPAD et + 0,82 % pour le reste du secteur) et + 0,93 % pour le secteur PH, soit + 1,36 % au total.

Ces taux couvrent :

- **L'évolution spontanée de la masse salariale à hauteur de 0,76 %** sur PA et sur PH au titre du GVT ;
- Mais également près de 79 M€ (soit + 1,4 % sur chacun des secteurs) pour tenir compte du niveau d'**inflation** des charges financées par l'objectif global de dépenses ;
- À cela s'ajoutent, spécifiquement pour les EHPAD, **150 M€** au titre de l'amélioration des taux d'encadrement soignant non médicaux (détail des taux **en annexe 1**). Ainsi, l'évolution moyenne des valeurs de point pondérées de la section soin atteint 2,35 %.

En 2025, l'évolution des valeurs de point de l'équation « groupe iso-ressources moyen pondéré soins » (GMPS) pour les EHPAD s'applique aux deux régimes de financement, tarif global (avec ou sans pharmacie à usage intérieur [PUI]) et tarif partiel.

Ces moyens nouveaux seront alloués par une actualisation des valeurs du point fixées dans les conditions précisées à l'article R. 314-162 du CASF pour les EHPAD et les petites unités de vie (PUV), ainsi qu'à l'article R. 314-138 du même code pour ce qui concerne les montants forfaitaires et le taux de revalorisation des produits de la tarification reconductibles afférents aux soins applicables aux services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Dans le cadre de la procédure budgétaire menée avec chaque établissement ou service, l'application du taux d'actualisation peut être modulée en fonction de la situation propre à chaque ESMS. Concernant les établissements sous contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), le taux d'actualisation appliqué à la dotation globalisée de financement sera réalisé, dans le respect de la DRL régionale, en fonction de la trajectoire définie dans le contrat. Cette modulation n'est pas applicable aux places d'hébergement permanent des EHPAD puisque l'actualisation est intégrée dans le calcul automatique de leur tarif soins dans le cadre de la convergence vers le tarif cible. Elle ne s'applique pas non plus au forfait global de soins (FGS) des SSIAD, pour les mêmes raisons.

2. Compensation de l'augmentation des cotisations vieillesse des employeurs des agents affiliés à la CNRACL

112 M€ sont délégués aux ARS afin de compenser forfaitairement la hausse des cotisations CNRACL (93,6 M€ sur le secteur PA et 18,4 M€ sur le secteur PH) pour la section soin des ESMS publics (relevant des fonctions publiques hospitalière et territoriale).

Ils visent à couvrir de façon pérenne :

- L'augmentation d'un point de cotisation intervenue en 2024¹ ;
- L'augmentation de trois points de cotisation intervenue en janvier 2025².

3. Mesures nouvelles dans le secteur PA

3.1 Financements complémentaires au titre de l'expérimentation relative à la fusion des sections soin et dépendance

À l'issue du vote de la loi n°2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025, l'expérimentation relative à la fusion des sections soin et dépendance entre en vigueur au 1^{er} juillet 2025 pour 23 départements.

314 M€ sont délégués à ce titre. Les modalités de tarification aux ESMS sont décrites en **annexe 4**.

3.2 Financement de la médicalisation des EHPAD

146,1 M€ au titre de l'actualisation des coupes « Groupes iso-ressources moyen pondéré » / « Pathos moyen pondéré » (GMP/PMP) réalisées avant le 30 juin 2024 et la médicalisation des PUV. Ces crédits permettent d'ajuster la dotation des EHPAD concernant l'hébergement permanent en fonction de l'évolution des paramètres de l'équation tarifaire (capacité installée, GMP, PMP).

45 M€ sont délégués au titre de la mise en œuvre des nouveaux seuils réglementaires de temps de présence de médecin coordonnateur en EHPAD, dans la continuité des crédits déjà délégués en 2022 et 2023.

¹ Pour l'année 2024, le financement de cette augmentation a été couverte ponctuellement via un mécanisme de swap des taux. Le financement pérenne de cette augmentation est donc mis en place par délégation de crédits au sein de l'OGD à compter de 2025.

² Décret n°2025-86 du 30 janvier 2025 relatif au taux de cotisations vieillesse des employeurs des agents affiliés à la CNRACL.

3.3 Financements complémentaires relatifs au changement d'option tarifaire des EHPAD

50 M€ sont délégués pour la poursuite de l'accompagnement du changement d'option tarifaire vers le tarif global des EHPAD. Ce soutien vise principalement les EHPAD ayant opté pour le tarif partiel avec PUI, compte tenu de l'impact de ce mode d'organisation sur la qualité et l'efficacité des soins. Les ARS veilleront également à accompagner, dans le respect de leur programmation, notamment sur la base des indications d'intention dans les CPOM, les projets de changement d'option tarifaire des établissements déjà engagés dans la démarche.

3.4 Financement de la préfiguration d'une stratégie relative aux maladies neuro-dégénératives (MND)

La stratégie proposée s'inscrit largement dans la continuité des précédentes, l'objectif étant de répondre aux enjeux d'accroissement de la prévalence de ces maladies.

En 2025, les financements suivants sont délégués aux ARS à titre de première brique de mise en œuvre de la stratégie :

- **31 M€** alloués aux pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) afin de permettre l'augmentation de la couverture du territoire ;
- **10 M€** alloués en complément en 2025 en vue :
 - o D'attribuer aux ARS des crédits pour renforcer la coordination au sein des futurs services autonomie à domicile (SAD). Si l'ARS ne prévoit pas d'utiliser l'intégralité de cette enveloppe de façon pérenne dès 2025, elle est invitée à l'utiliser ponctuellement sous forme de crédits non reconductibles (CNR) en complément de l'enveloppe allouée en 2024 (8 M€ qui restent en base des DRL des ARS en 2025) pour financement de l'ingénierie, accompagnement des SSIAD dans leur transformation et facilitation de la mise en œuvre de la réforme dans les territoires des SAD (financement de prestations de conseils juridiques, etc.).
 - o De renforcer la présence de psychologues dans les SSIAD/SAD.
- **7,5 M€** alloués à la création de nouvelles équipes spécialisées Alzheimer (ESA) afin de permettre l'augmentation de la couverture du territoire.

En complément, les installations de solutions de répit (cf. paragraphe 3.5 ci-dessous relatif aux crédits de paiements pour installations de place) viseront à accélérer et développer le soutien aux aidants (améliorer leur formation notamment) et à l'appui des plateformes d'accompagnement et de répit (PFR).

3.5 Crédits de paiement pour installation de solutions / places

60,9 M€ sont délégués aux ARS au titre des crédits de paiement (CP) pour installations de places dans le secteur PA.

Ces crédits, ajoutés aux disponibilités présentes dans la base reconductible des ARS, permettront de couvrir les prévisions d'installations de places telles que remontées début 2025 par les ARS et notamment³ :

- **68,7 M€** au titre de la consommation des autorisations d'engagement (AE⁴), relatifs à la création et l'extension de places de SSIAD PA. Ces créations et extensions de places sont un levier dans le cadre de la réforme des services autonomie en facilitant la transformation des services en service autonomie aide et soins ;

³ Les montants indiqués correspondent au coût de la programmation en année pleine. Les crédits délégués aux ARS sont proratisés en fonction des dates prévisionnelles d'installation.

⁴ Instruction n°DGCS/SD3A/CNSA/2023/111 du 10 juillet 2023 relative aux AE de dépenses pour les CRT et les SSIAD.

- **70,5 M€** au titre de la consommation des AE⁵, relatifs à la poursuite de la création de centres de ressources territoriaux (CRT). Une enquête, dont les modalités sont précisées **en annexe 5**, sera organisée pour que les données 2024 soient communiquées pour le T4 2025.
- **19 M€** au titre des solutions de répit dans le secteur PA dans le cadre de stratégie nationale 2023-2027 « Agir pour les aidants ».

10 M€ de crédits supplémentaires sont alloués en mesures nouvelles afin d'accélérer et développer le soutien aux aidants (améliorer leur formation notamment) et renforcer l'appui des PFR.

3.6 Poursuite du financement de la réforme de la tarification des SSIAD

60,5 M€ sont délégués aux ARS en 2025 au titre de la poursuite de la réforme tarifaire des SSIAD.

La réforme tarifaire des SSIAD et des SAD mixtes prévoit de passer d'une dotation soins "historique" allouée forfaitairement, à une dotation basée sur une équation tarifaire tenant compte du besoin en soins des personnes accompagnées. La mise en œuvre de cette réforme s'accompagne d'un mécanisme de convergence tarifaire. Conformément à la réglementation, à compter de 2025, les SSIAD en convergence négative ne bénéficient plus du mécanisme de gel des dotations. Pour 2025, le montant de la convergence appliqué à chaque SSIAD est égal au tiers de l'écart entre le forfait global cible 2027 et la dotation reconductible 2024 actualisée des SSIAD de la région. Les dotations sont calculées à partir des données d'activités remontées par les SSIAD dans le système d'information national services de soins infirmiers à domicile (SI-2SID) déployé par la CNSA.

Il en résulte une enveloppe convergence de **24,3 M€ sur le secteur PA** et une reprise de crédit à hauteur de **713 K€ sur PH**.

S'agissant de la première année de remplissage de ce SI, il est demandé aux ARS de contrôler les données avant de tarifier les structures afin d'identifier des incohérences manifestes dans la remontée de l'activité des SSIAD.

Afin de corriger des données erronées remontées par les SSIAD, notamment sur leur niveau d'activité, et à titre exceptionnel en 2025, il est délégué aux ARS une enveloppe complémentaire de **36,2 M€ dont 34,3 M€ sur PA et 1,9 M€ sur PH**. Cette enveloppe permettra aux ARS de corriger le forfait global de soins en cas de données erronées ou inexploitable, comme le prévoit l'article R.314-138-1 du CASF. Il revient aux ARS de déterminer les SSIAD éligibles à cette tarification dérogatoire pérenne prévue dans cet article.

4. Mesures nouvelles dans le secteur PH

Au total, une enveloppe de plus de **270 M€** sont consacrés en 2025 à la poursuite des orientations en faveur de la transformation de l'offre médico-sociale. Au sein de celle-ci, **241,4 M€** sont délégués au titre des CP pour installations de solutions dans le secteur PH.

Ces dernières s'inscrivent dans la trajectoire affichée dans la circulaire N° DGCS/3B/DSS/1A/CNSA/DFO/2023/176 du 7 décembre 2023 relative à la mise en œuvre du plan de création de 50 000 nouvelles solutions et de transformation de l'offre médico-sociale à destination des personnes en situation de handicap 2024-2030, issu de la CNH 2023. Comme pour le secteur PH, ces crédits auxquels s'ajoutent les disponibilités figurant dans la base reconductible des ARS, permettent de couvrir l'ensemble de la programmation remontée par les ARS.

⁵ Instruction n°DGCS/SD3A/CNSA/2023/111 du 10 juillet 2023 relative aux AE de dépenses pour les CRT et les SSIAD.

4.1 Le déploiement des pôles d'appui à la scolarité (PAS)

Depuis la rentrée 2024, quatre départements (Aisne, Côte d'Or, Eure-et-Loir, Var) ont déployé les 100 premiers pôles d'appui à la scolarité (PAS) préfigurateurs. À la suite des annonces politiques portées le 11 février 2025 et dans le cadre des orientations présentées dans le dossier de presse du Comité interministériel du handicap (CIH) de mars 2025, une généralisation progressive des PAS est engagée. Ce sont **50,7 M€** (coût en année pleine) qui sont programmés par les ARS (en lien avec les rectorats) en 2025 en vue de déployer environ 400 PAS supplémentaires en accord avec la programmation conjointe ARS/rectorats.

4.2 Le déploiement du service public de repérage précoce, de diagnostic et d'intervention précoce et des parcours destinés aux enfants et jeunes adultes

Au titre de cette mesure prévue par la loi n°2023-1250 du 26 décembre 2024 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2024 et codifié à l'article L. 2134-1 du code de la santé publique (CSP), **34,6 M€** (coût en année pleine) sont délégués pour couvrir la prévision d'installation des ARS dans le cadre du plan 50 000 solutions. Ces crédits doivent permettre de soutenir le déploiement du service de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce, et plus largement le déploiement de trois parcours destinés aux enfants et aux jeunes adultes : parcours troubles du neurodéveloppement (TND) porté par les plateformes de coordination et d'orientation (PCO), parcours tous handicaps pour les 0-6 ans porté dans le cadre de ce futur service de repérage et le parcours de rééducation et de réadaptation pour les enfants et jeunes adultes de 0 à 20 ans si la structure qui porte ce dernier est un ESMS.

4.3 Les mesures socles à destination des enfants et adultes

Dans le cadre de l'enveloppe socle du plan des 50 000 solutions et sur la base des prévisions d'installation des ARS, **181 M€** (coût en année pleine) sont dédiés au développement de l'offre médico-sociale à destination des enfants et des adultes. Ces crédits permettront de poursuivre le déploiement de solutions modulaires et adaptées aux besoins des personnes en situation de handicap.

Ces crédits permettront de couvrir les prévisions d'installations des ARS : **près de 99 M€ (coût en année pleine) pour le socle enfants** (incluant les solutions pour les enfants en situation de handicap protégés par l'Aide sociale à l'enfance [ASE]) et **près de 82 M€ (coût en année pleine) pour le socle adultes**, en tenant compte des besoins exprimés à court terme, notamment pour développer l'offre à destination des enfants, proposer des solutions aux jeunes adultes maintenus en établissements pour enfants au titre de l'amendement Creton et prévenir les départs contraints de personnes en situation de handicap en Belgique.

Ces crédits permettront, en outre, de renforcer le déploiement des dispositifs portés par la Stratégie nationale 2023-2027 pour les troubles du neurodéveloppement et ceux portés par la Stratégie nationale 2023-2027 « Agir pour les aidants ».

Au sein de la stratégie Aidants, le montant des crédits programmés par les ARS dans le cadre des 50 000 solutions s'élèvent à près de **5,5 M€** à destination des enfants et **5 M€** à destination des adultes en situation de handicap, pour soutenir l'ensemble des mesures de la stratégie, dont les solutions de répit.

Le deuxième axe de la stratégie Aidants consiste à renforcer l'offre et l'accès au répit. Les principales mesures envisagées sont les suivantes :

- Expérimenter la mobilisation des aides existantes pour financer l'accès au répit ;
- Développer 6 000 solutions supplémentaires de répit ;
- Pérenniser le dispositif de relayage longue durée avec un intervenant unique ;
- Promouvoir les séjours vacances répit partagées.

4.4 Les mesures en complément de la CNH

L'accès à la communication est un droit fondamental consacré par les textes internationaux, notamment la Convention internationale des droits des personnes handicapées (CIDPH).

La CNH du 26 avril 2023 puis les CIH du 16 mai 2024 et du 6 mars 2025 ont réaffirmé la volonté du Gouvernement de faire de l'accès à la communication une priorité de son action. Plusieurs mesures ont ainsi été décidées pour accélérer, faciliter et garantir l'accès à la communication notamment par le déploiement de la communication alternative et améliorée (CAA).

La stratégie de lutte contre les maltraitances de 2024 et la stratégie nationale pour les TND renouvelée en 2023 comprennent également dans leurs priorités le développement de la CAA pour toute personne en ayant besoin et en particulier, pour les personnes accompagnées par des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS).

Ainsi, **6,5 M€** sont alloués au titre du déploiement, au sein de chaque département, d'une mission d'expertise et d'information autour de la CAA dont les modalités de fonctionnement et d'organisation seront précisées dans une instruction et un cahier des charges à paraître d'ici l'été 2025. Ces missions comprendront deux volets principaux : une fonction d'animation de réseau sur le territoire concerné en matière de CAA et une fonction d'appui ressources et d'accompagnement à la mise en place des démarches de CAA auprès des personnes et de leurs familles, ainsi que la montée en compétences des environnements sur la CAA (école, périscolaire, soins, services à domicile, etc.).

4.5 Suspension de l'application des tarifs plafonds aux établissements ou services d'aide par le travail (ESAT)

Dans un contexte de tension budgétaire, la loi de finances pour 2009⁶ a instauré le principe des tarifs plafonds pour les établissements financés sur des crédits de l'État.

La situation de ces établissements et services et le contexte plus général de l'ensemble du secteur médico-social **conduisent à suspendre l'application de ces tarifs plafonds à compter de l'exercice 2025.**

Les établissements ou services d'aide par le travail (ESAT) qui ont vu leur dotation gelée en application de ces tarifs plafonds jusqu'en 2024 peuvent donc bénéficier à compter de 2025 du taux d'actualisation prévu pour les établissements et services accompagnant des personnes en situation de handicap. Cependant, comme pour les années précédentes, si le taux d'actualisation des enveloppes régionales des ESMS pour PH est fixé à +0,93% en masse budgétaire, vous veillerez à analyser les budgets médico-sociaux de ces établissements et services au regard, notamment, des moyens et des coûts d'ESAT comparables. Le taux défini au niveau national n'a, en effet, pas vocation à être appliqué uniformément à l'ensemble des établissements et services pour personnes en situation de handicap.

⁶ Dans sa rédaction actuelle, l'article L. 314-4 du CASF prévoit : « Le montant total annuel des dépenses des établissements et services mentionnés aux 8°, 13° et 14° du I de l'article L. 312-1, qui sont à la charge de l'État, et, corrélativement, le montant total annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales de fonctionnement de ces établissements et services sont déterminés par le total du montant limitatif inscrit à ce titre dans la loi de finances de l'année de l'exercice considéré.

Ce montant total annuel est constitué en dotations régionales limitatives. Le montant de ces dotations régionales est fixé par le ministre chargé de l'action sociale, en fonction des besoins de la population, des priorités définies au niveau national en matière de politique médico-sociale, en tenant compte de l'activité et des coûts moyens des établissements et services et d'un objectif de réduction progressive des inégalités dans l'allocation des ressources entre régions. À cet effet, un arrêté interministériel fixe, annuellement, les tarifs plafonds ou les règles de calcul desdits tarifs plafonds pour les différentes catégories d'établissements sociaux et médico-sociaux mentionnés au premier alinéa, ainsi que les règles permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau des tarifs plafonds. »

Au plan qualitatif, les points suivants pourront faire l'objet d'une attention particulière :

- L'analyse du taux d'occupation, au regard notamment du développement des temps partiels et séquentiels, en particulier en lien avec les besoins des personnes en situation de handicap psychique, mais aussi les conditions opérationnelles du droit au retour ;
- Le repérage des personnes susceptibles de rejoindre le milieu ordinaire de travail et le soutien des initiatives permettant de favoriser les projets d'insertion dans l'emploi des travailleurs d'ESAT, avec une attention particulière portée aux problématiques du handicap psychique ;
- Les actions entreprises pour favoriser la montée en compétences des travailleurs d'ESAT, notamment via le plan de formation ;
- Le taux de sortie vers le milieu ordinaire de travail.

5. Mesures transversales et CNR nationaux

5.1 Financements complémentaires au titre du soutien financier des EHPAD en difficulté

Afin de renforcer les moyens destinés aux besoins de soutien des EHPAD en difficulté, une enveloppe complémentaire de **250,0 M€** de crédits non reconductibles (CNR) est déléguée aux ARS.

L'annexe 1 de la présente instruction précise les modalités de délégation de ces crédits aux ESMS, qui ne peuvent être délégués pour le financement d'autres mesures ou dispositifs.

5.2. Généralisation de la tarification en prix de journée globalisée pour les ESMS tarifés en prix de journée

Dans le cadre du projet de transmission automatique des décisions tarifaires aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), il est demandé aux ARS pratiquant encore la tarification en prix de journée pour certains ESMS de mettre fin à ce mode de tarification et de le remplacer par un prix de journée globalisé.

5.3. Permanents syndicaux

Les crédits relatifs à la mise à disposition de permanents syndicaux font l'objet d'une identification au titre de chaque exercice par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS). Ces crédits, délégués aux ARS, servent à compenser, pour les ESMS concernés, la mise à disposition de salariés auprès d'une organisation syndicale ou une association d'employeurs dans des conditions déterminées par une convention collective (ou accord collectif de branche étendu). Les montants 2025 afférents à ces dépenses sont pris en compte dans les DRL sur la base du chiffrage établi par la DGCS qui recense les conventions de mise à disposition passées entre établissements employeurs, fédérations syndicales et salariés concernés. Des travaux sont en cours pour sécuriser la justification des demandes des établissements et services. Au regard des évolutions de salaire, les crédits dédiés au financement des mises à disposition sont des CNR susceptibles de varier d'une année sur l'autre.

L'enveloppe disponible au niveau national pour ces CNR s'établit à **1,95 M€** en 2025.

5.4. Gratifications de stage

Les crédits afférents aux gratifications de stage sont destinés à couvrir le coût des gratifications de stage (dépenses opposables aux ESMS en leur qualité d'employeur) versées par les ESMS pour les personnes en situation de handicap dans le cadre de la formation des travailleurs sociaux pour les stages d'une durée supérieure à deux mois.

En lien avec les directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS), vous rappellerez aux ESMS concernés l'importance de leur participation à la formation des professionnels du champ social, notamment via l'accueil de stagiaires en partenariat étroit avec les établissements de formation.

La ligne de crédits identifiée à ce titre doit contribuer à accroître l'offre potentielle de terrains de stage pour les étudiants concernés, notamment dans des structures de petite taille, dont la surface financière rend plus difficile l'entrée dans cette démarche. Il est également essentiel que les établissements concernés puissent anticiper en amont leur offre de stage, afin de donner une meilleure visibilité des dépenses prévisionnelles aux ARS, et des terrains de stage, pour les étudiants.

5.5 Crédits au titre de l'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail QVCT

13 M€ restent alloués en base des DRL des ARS au titre de l'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail (QVCT), comme les années précédentes.

- 9 M€ pour le secteur PA ;
- 4 M€ pour le secteur PH.

La QVCT représente un enjeu fort pour les ESMS et constitue un axe majeur du plan d'attractivité des métiers du grand âge. Les crédits alloués en 2025 doivent permettre d'atteindre des objectifs de développement quantitatif et qualitatif de la QVCT, en cherchant à atteindre le maximum d'établissements et services, notamment ceux qui n'ont pas bénéficié d'action de QVCT ces dernières années, et tout particulièrement parmi eux, les établissements et services connaissant des difficultés en matière de ressources humaines (par exemple taux de vacance de poste, taux d'absentéisme, taux de turnover et taux de sinistralité supérieurs à la moyenne des établissements de votre région). Ainsi des actions portant sur l'organisation, le contenu et la réalisation du travail, les compétences, l'égalité au travail, le management ou le dialogue social pourront être financées.

En 2025, le fléchage prévu en 2024 de 40% des crédits QVCT en DRL sur des actions de prévention de la sinistralité n'est pas reconduit. Comme en 2023 et au cours des années précédentes, ces crédits ont vocation à financer un large panel d'actions de qualité de vie et conditions de travail, y compris en matière de lutte contre la sinistralité, notamment :

- Investissement lié à la QVCT (bâti, équipement) ;
- Formations (notamment prévention des risques professionnels) ;
- Organisation du travail ;
- Communication.

Néanmoins, des crédits supplémentaires dédiés à la lutte contre la sinistralité pourront être obtenus grâce à un fonds dédié, disponible de 2025 à 2027 (instruction à paraître prochainement), articulé notamment avec les dispositifs de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) tels que l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP). Il permettra de financer des mesures de lutte en lien avec l'activité physique et les manutentions manuelles, sur la base d'une liste d'équipements éligibles.

5.6. Calendrier des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et passage en état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD)

Dans la continuité de l'instruction N° DGCS/SD5B/DSS/SD1A/CNSA/2024/62 du 22 mai 2024 relative aux orientations de la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées pour l'exercice 2024 et dans un contexte de mise en œuvre de la réforme des SAD, il vous est demandé de desserrer le calendrier de signature des CPOM SAD, prévus à l'article L. 313-12-2 du CASF, jusqu'au 31 décembre 2026.

Évolution du cadre budgétaire applicable aux services à domicile dispensant des soins :

Conformément à l'article 68 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 et aux dispositions de l'article 5 du décret n° 2023-323 du 28 avril 2023 relatif à la tarification des soins infirmiers à domicile pour les personnes âgées et personnes handicapées, ces services doivent adopter le cadre budgétaire de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) à compter du 1er janvier 2026. L'ensemble des règles applicables à l'EPRD (dispositions des articles R. 314-210 à R. 314-244 du CASF) leur seront applicables à compter de cet exercice, qu'un CPOM ait été ou non signé pour ces services.

*
* *

Les dotations régionales actualisées sont présentées **en annexe 7 à la présente instruction.**

Vu au titre du CNP par la secrétaire générale
des ministères chargés des affaires sociales,

signé

Sophie LEBRET

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

signé

Jean-Benoît DUJOL

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

signé

Delphine CHAMPETIER

Le directeur de la Caisse nationale
de solidarité pour l'autonomie,

signé

Maëlig LE BAYON

ANNEXE 1
MODALITES DE DETERMINATION DES
DOTATIONS REGIONALES LIMITATIVES (DRL) DES ARS (ARS)

La présente annexe précise les modalités de fixation des dotations régionales limitatives (DRL). Leur montant, établi à partir du niveau de crédits reconductibles constaté au 31 décembre 2024 augmenté des opérations de périmètre et des mesures nouvelles, vous permettront de mettre en œuvre les orientations de l'instruction budgétaire 2025.

Les montants concernés dans les paragraphes suivants figurent sur les **tableaux 1 (DRL personnes âgées - PA) et 1bis (DRL personnes handicapées - PH)** annexés à la présente instruction, ainsi que les tableaux 2 (suivi du droit de tirage PA) et 2bis (suivi du droit de tirage PH), également annexés.

1. Les paramètres généraux d'actualisation 2025

La base reconductible des DRL fait l'objet d'une actualisation qui tient compte de la progression courante de la masse salariale et de l'effet prix (inflation). Par ailleurs, la mesure de renforcement du taux d'encadrement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est également intégré dans le taux d'actualisation de la valeur du point du groupe iso-ressources moyen pondéré soins (GMPS) de ces derniers.

Les taux d'actualisation des dotations régionales pour 2025 sont les suivants :

Secteur	Détail taux actualisation DRL			Taux actualisation DRL
	Masse salariale (GVT)	Effet prix	Taux encadrement (EHPAD)	
PA*	0,67%	0,15%	0,92%	1,74%
<i>dont valeur point EHPAD</i>	<i>0,68%</i>	<i>0,15%</i>	<i>1,52%</i>	<i>2,35%</i>
<i>dont reste secteur PA</i>	<i>0,67%</i>	<i>0,15%</i>		<i>0,82%</i>
PH	0,57%	0,36%	-	0,93%

* présentation des taux moyens du secteur PA

Pour mémoire, la répartition conventionnelle des dépenses de l'objectif global de dépenses (OGD) par catégorie de dépenses et par secteur est la suivante :

Périmètre	PA	PH
Masse salariale	89%	75%
Autres dépenses	11%	25%

Sur la base de ces taux d'actualisation des DRL, la méthode suivante a été appliquée pour réaliser la ventilation régionale des crédits :

- Pour le secteur PH et le secteur PA¹ hors dotation des EHPAD, les dotations régionales ont été calculées en appliquant le taux d'actualisation des DRL au montant de la base reconductible (au 01/01/2025) de chaque ARS. **Pour le secteur PH le taux appliqué est de 0,93% et pour le secteur PA le taux appliqué est celui de 0,82% ;**

¹ Dont les SSIAD et SPASAD soumis à équation tarifaire.

- Pour la dotation des EHPAD relevant de l'équation tarifaire (hébergement permanent hors financement complémentaire), le **taux d'évolution de 2,35% a été appliqué à la valeur du point des EHPAD**. Ce calcul a ainsi permis de déterminer le montant d'augmentation de la valeur du point. Les valeurs de point actualisées sont présentées dans le paragraphe 2.3 « *actualisation de l'équation tarifaire des EHPAD sur le volet soins* ».

2. Les mesures nouvelles retenues pour la campagne 2025

2.1. La prise en compte des opérations de fongibilité

Le dispositif de fongibilité permet d'organiser des transferts de crédits entre les différentes enveloppes de financement des établissements de santé et médico-sociaux pour accompagner la conversion de structures ou d'activité, au niveau d'un même établissement ou entre deux structures d'une même région.

La notification rattachée à la présente instruction intègre les opérations arrêtées par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) au titre de la phase 1 de la campagne 2025. Une seconde tranche, qui intégrera les validations dérogatoires de l'année 2025, sera déléguée le cas échéant en 2nde phase de campagne.

2.2. Les crédits de paiement dédiés aux installations de places nouvelles

Le financement du développement de l'offre a été rationalisé via le mécanisme consistant à distinguer autorisations d'engagement (AE) et crédits de paiements (CP). Ce dispositif a été mis en place pour servir les crédits nécessaires à la programmation renseignée par les ARS dans le système d'information (SI) pour le suivi de l'exécution et de la programmation pluriannuelle des installations et des autorisations (SEPPIA) tout en réduisant le risque d'une sous-consommation de ces crédits. Ainsi, les crédits délégués aux agences régionales de santé (ARS) à ce titre tiennent compte d'une part des installations prévisionnelles renseignées dans SEPPIA (montant proratisé selon le mois d'ouverture), et d'autre part des crédits disponibles sur cette enveloppe dans la base reconductible des ARS constatés au 31/12/N-1.

2.2.1. La détermination du droit de tirage

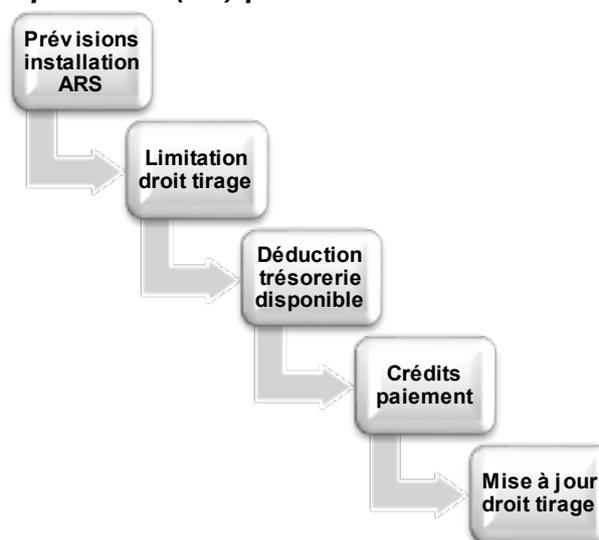
La succession et la diversité des plans sur le champ médico-social (Plan Solidarité grand âge [PSGA], Alzheimer, Plan maladies neurodégénératives [PMND], Plan pluriannuel du handicap [PPH], Handicaps rares, Stratégie nationale autisme [SNA], plan SSIAD, centres de ressource territoriaux [CRT], plan de rattrapage Outre-Mer...) ont conduit la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) à regrouper l'ensemble des autorisations d'engagement au sein d'une même enveloppe appelée le « droit de tirage des ARS ». Le suivi précis de la consommation des crédits est réalisé dans l'application SEPPIA.

Ainsi, chaque nouvelle AE vient alimenter automatiquement ce droit de tirage, afin de garantir aux ARS un suivi précis de toutes les mesures nouvelles dont elles ont pu bénéficier tout en préservant le cadre limitatif de chaque plan national. A l'inverse, toute délégation de crédits de paiement aux ARS sur ces autorisations d'engagement vient réduire le solde de ce droit de tirage.

2.2.2. La détermination des crédits de paiement (CP) pour 2025

La détermination des CP passe par 5 étapes :

1. Recenser et proratiser au nombre de mois d'ouverture les installations saisies dans SEPPIA par l'ARS
2. Plafonner ces prévisions au solde du droit de tirage de l'ARS
3. Tenir compte de la trésorerie disponible dans la DRL pour n'allouer que les CP nécessaires au financement de ces installations
4. Notifier les CP ainsi calculés
5. Minorer le droit de tirage de l'ARS à due concurrence des CP versés



Les crédits de paiement délégués aux ARS au titre de l'année 2025 figurent sur les **tableaux 1 et 1bis** et l'évolution du droit de tirage des ARS à l'issue de cette délégation de crédits sur les **tableaux 2 et 2bis** annexés à la présente instruction.

2.3. Actualisation de l'équation tarifaire des EHPAD sur le volet soins

L'article R. 314-159 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) pose le principe d'automatisme du financement de la section soins des EHPAD sur la base du résultat de l'équation tarifaire relative aux soins et d'accompagnement des EHPAD grâce à des financements complémentaires.

Les valeurs annuelles de point suivantes, qui permettent de déterminer cette équation, sont actualisées en 2025 :

- D'une part du taux de reconduction cités au point 1 « *Les paramètres généraux d'actualisation 2025* » ;
- D'autre part des crédits liés au renforcement du taux d'encadrement des soignants non médicaux (**150 M€**).

Concernant l'option tarif global, ce dernier fait l'objet d'un dégel complet et se voit donc appliquer le taux d'actualisation de 2,35%.

Enfin, les valeurs de point des EHPAD d'Outre-mer bénéficient d'une majoration de 20%.

Il en résulte les valeurs de point suivantes pour 2025 :

	Valeur de point 2025 - Métropole	Valeur de point 2025 - Outre-Mer
TP SANS pharmacie à usage intérieur (PUI)	11,57 €	13,88 €
TP AVEC PUI	12,25 €	14,70 €
TG SANS PUI	13,60 €	16,32 €
TG AVEC PUI	14,33 €	17,20 €

2.4. Hausse de cotisation de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)

Le critère appliqué est le poids du montant régional des bases reconductibles 2024 des établissements et services médico-sociaux (ESMS) relevant du secteur public, par rapport au montant national des bases reconductibles 2024 des ESMS relevant du même secteur.

$$\text{Ratio} = \frac{\text{Somme des dotations soins 2024 reconductibles des ESMS du secteur public dans la région}}{\text{Somme des dotations soins 2024 reconductibles des ESMS du secteur public au niveau national}}$$

2.5. Mesures nouvelles dans le secteur « personnes en situation de handicap »

Déploiement des dispositifs de communication alternative améliorée (CAA) :

Le critère de répartition appliqué est l'indice global de besoins (IGB).

Un seuil minimal de 60 K€ par ARS est appliqué. Une majoration liée à la vie chère est appliquée à ce seuil pour les ARS d'Outre-mer (+20%).

2.6. Mesures nouvelles dans le secteur « personnes âgées »

2.6.1. Les financements en faveur du renforcement de l'offre à domicile

Dotations de coordination des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) et services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) :

La ventilation des crédits est opérée sur la base du poids des dotations reconductibles 2024 de SSIAD/SPASAD par région, par rapport au montant national poids des dotations reconductibles 2024 de SSIAD/SPASAD.

Une majoration de 20% a également été appliquée aux territoires d'Outre-mer.

$$\text{Ratio} = \frac{\text{Dotation SSIAD/SPASAD de la région}}{\text{Dotation SSIAD/SPASAD au niveau national}}$$

Psychologues en SSIAD :

Le critère appliqué est le ratio entre le nombre de places de SSIAD/SPASAD par région au 31/12/2024 et le nombre de places de SSIAD/SPASAD au niveau national au 31/12/2024.

$$\text{Ratio} = \frac{\text{Nombre de places de SSIAD/SPASAD installées dans la région}}{\text{Nombre de places de SSIAD/SPASAD installées au niveau national}}$$

Un seuil de 60 K€ minimal par région est appliqué.

Une majoration liée à la vie chère est appliquée pour les ARS d'Outre-mer (+20%).

Création nouvelles équipes spécialisées Alzheimer (ESA) :

Le critère appliqué est le poids de la population personnes âgées à fin 2024 de la région, par rapport à la population personnes âgées nationale à fin 2024.

Le poids est ensuite ajusté de manière à financer un nombre fini d'ESA par région au coût unitaire de 150 K€.

Un seuil de 150 K€ minimal par région est appliqué.

Une majoration liée à la vie chère est appliquée au seuil de 150 K€ pour les ARS d'Outre-mer (+20%).

2.6.2. Les financements au titre du renforcement de la médicalisation des EHPAD et de l'amélioration de la qualité des soins

Le développement de l'offre de pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) :

L'objectif étant de couvrir progressivement le territoire via l'ouverture de PASA dans les EHPAD existants, le critère de répartition combine couverture actuelle en PASA (en euros par place d'EHPAD) dans une logique de rattrapage, et offre d'EHPAD dans les territoires (logique d'équipement).

$$\text{Ratio} = \frac{1}{\text{Ecart à la moyenne nationale des dépenses 2024 en PASA de la région (en € par place d'EHPAD)}} \times \frac{\text{Dotations reconductibles 2024 des EHPAD de la région}}{\text{Dotations reconductibles 2024 des EHPAD au national}}$$

Financements complémentaires au titre de l'expérimentation relative à la fusion des sections soins et dépendance :

Application du modèle de la tarification « dépendance », à partir des données de tarification collectées auprès des départements expérimentateurs.

Les financements complémentaires associés à l'hébergement permanent sont également pris en compte.

Financement passage au tarif global :

L'enveloppe dédiée à la modification de l'option tarifaire des EHPAD, est répartie sur la base du poids des besoins régionaux remontés par les ARS dans le cadre de l'enquête *ad hoc* réalisée auprès des ARS en 2024.

Allongement du temps de présence de médecin coordonnateur en EHPAD :

Un nombre d'équivalents temps plein (ETP) supplémentaire a été calculé pour chaque EHPAD en fonction des nouveaux seuils prévus dans la réglementation.

Le critère de répartition est ainsi le poids de la région en nombre d'ETP à financer dans chaque région ramenée au total d'ETP à financer au niveau national.

$$\text{Ratio} = \frac{\text{Nombre ETP de médecins coordonnateurs à créer dans la région}}{\text{Nombre ETP de médecin coordonnateur à créer au national}}$$

Concernant les territoires d'Outre-mer, le besoin est majoré de 20%.

2.6.3. Répit et accueil temporaire

Complément répit :

Le critère de répartition est le même que celui utilisé pour la répartition des crédits « complément répit » de 2022. L'enveloppe est ainsi répartie :

- En fonction du taux d'équipement régional en accueil de jour (AJ)/hébergement temporaire (HT), pour 50% de l'enveloppe ;
- En fonction du poids régional de la population de plus de 75 ans, pour les 50 % restants.

Un seuil de 150 000 € est également appliqué, avec une majoration de 20% pour les territoires d'Outre-mer.

2.7. Mesures communes aux champs PA et PH

Mise en œuvre de la réforme tarifaire des SSIAD :

Concernant l'enveloppe « Application de la réforme tarifaire », les modalités de calcul des forfaits globaux de soins cible ont été réalisées conformément au décret n° 2023-323 du 28 avril 2023 relatif à la tarification des soins infirmiers à domicile pour les personnes âgées et personnes handicapées. Les données d'activité retenues par la CNSA sont celles déclarées par les services dans le SI national prévu à cet effet. Le critère appliqué est la résorption du 1/3 de l'écart entre le forfait global cible 2027 et la dotation reconductible 2024 actualisée des SSIAD de la région.

A titre exceptionnel, et afin de tenir compte de la sous déclaration du niveau d'activité par certains services, un complément de financement est alloué aux ARS.

Ce complément a été calculé de la manière suivante : prise en compte du 1/3 de l'écart entre la dotation reconductible 2024 actualisée des services et le forfait global cible 2027 calculé à partir du taux d'occupation le plus favorable entre celui utilisé en 2024 et celui de 2025, diminué des crédits alloués au titre de la convergence calculée sur la base des données remontées par les SSIAD en 2025. Ce complément figure dans la colonne « Autres crédits » des tableaux des dotations régionales limitatives.



Toutes les mesures du champ PA et du champ PH précitées concernant des installations de places seront automatiquement rattachées à la trésorerie des ARS dédiée aux installations de places émergeant sur les plans nationaux. Ainsi, un suivi fin des installations effectives et à venir de ces projets devra être assuré par le biais de l'application SEPPIA. Dans le cadre des travaux de fiabilisation de fin d'année, des contrôles de cohérence seront réalisés entre les différents SI de la CNSA. De plus, les éventuels crédits disponibles à l'issue de la campagne 2025 contribueront au calibrage des crédits de paiement de l'année 2026 (gestion en trésorerie).

3. Le financement non reconductible de dispositifs spécifiques expérimentaux (CNR)

3.1 Financements complémentaires au titre du soutien financier des EHPAD en difficulté (PA)

Le critère appliqué est le poids du résultat net moyen 2022 / 2023 des EHPAD en difficulté, par rapport au montant national résultat net moyen 2022 / 2023 des EHPAD en difficulté.

Sont considérés comme en difficulté financière les EHPAD dont le résultat net moyen sur les exercices 2022 et / ou 2023 est déficitaire.

$$\text{Ratio} = \frac{\text{Somme du résultat net moyen 2022 / 2023 des EHPAD déficitaires dans la région}}{\text{Somme du résultat net moyen 2022 / 2023 des EHPAD déficitaires au niveau national}}$$

3.2 Les crédits de mise à disposition des permanents syndicaux (secteurs PA / PH)

Les crédits dédiés aux « permanents syndicaux » font l'objet, chaque année, d'un suivi fin par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS). Ils servent à compenser, pour les ESMS concernés, la mise à disposition d'un salarié à une organisation syndicale ou une association d'employeurs dans des conditions déterminées par une convention collective (ou accord collectif de branche étendu).

Les montants 2025 afférents à ces dépenses sont pris en compte dans les dotations régionales limitatives sur la base du chiffrage établi par la DGCS qui recense les conventions de mise à disposition passées entre établissements employeurs, fédérations syndicales et salariés concernés.

3.3 Les crédits afférents aux gratifications de stage (secteur PH)

La ventilation des crédits est réalisée au poids de la dotation reconductible 2024 de la région, par rapport au montant national des dotations reconductibles des ARS.

$$\text{Ratio} = \frac{\text{DRL reconductible 2024 de la région}}{\text{DRL 2024 reconductible au niveau national}}$$

ANNEXE 2
MODALITES DE DELEGATION DES CREDITS RELATIFS AU FONDS DE SOUTIEN 2025
POUR LES ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES
DEPENDANTES (EHPAD) EN DIFFICULTE

Face aux constats d'urgence sur les difficultés financières que rencontrent actuellement les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), des amendements au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 ont conduit à identifier une enveloppe de crédits pour soutenir ces établissements en difficulté.

La présente annexe définit les modalités de délégation de ces crédits en 2025 par les agences régionales de santé (ARS).

1. Etablissements concernés et analyse de la situation financière

Les établissements et services médico-sociaux (ESMS) susceptibles de recevoir des crédits de soutien au titre des difficultés financières rencontrées sont **les EHPAD** relevant du 6° du I de l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) présentant des difficultés financières.

La situation de ces EHPAD devra avoir fait l'objet d'un examen en commission départementale telle que définie par l'instruction interministérielle du 21 septembre 2023¹ afin de disposer d'une analyse concertée et actualisée de la situation financière de l'ESMS ainsi que des actions correctrices à mener à court et moyen termes. Il convient ainsi de continuer à examiner la situation des EHPAD en difficulté au sein des commissions départementales² afin de mobiliser tous les acteurs et de s'assurer que les difficultés concernées ne peuvent être résolues par d'autres leviers et actions (mise en place du tarif différencié³, actualisation des coupes pathos, vérification de la conformité des produits de la tarification, étalement des charges sociales et fiscales).

Analyse de la situation financière des EHPAD :

Cette démarche s'appuie sur deux niveaux d'analyse :

- Les indicateurs ciblés sur la trésorerie (I) ;
- Les indicateurs d'analyse financière globale, qui doivent permettre d'identifier les établissements dont les difficultés de trésorerie sont de nature à remettre en cause les équilibres à moyen/long terme (II).

Tous ces indicateurs doivent être autant que possible examinés sur au moins deux ans, et dans l'idéal trois ans, et tenir compte des éventuels contextes spécifiques de nature à biaiser l'analyse.

I – Les indicateurs ciblés sur la trésorerie :

Il s'agit d'identifier prioritairement les EHPAD dans l'incapacité de faire face à leurs dettes à très court terme, avec un risque de cessation de paiement, au travers des indicateurs relatifs au fonds de roulement, à la trésorerie, au taux de rotation des dettes, stocks et créances, des taux de dettes sociales et fiscales ainsi que de liquidité.

¹ Instruction interministérielle N° DGCS/SD5B/DGFIP/DSS/CNSA/2023/145 du 21 septembre 2023 relative à la mise en place des commissions départementales de suivi des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) en difficultés financières.

² Les commissions départementales ont été pérennisées dans le cadre de l'instruction budgétaire N°DGCS/SD5B/DSS/SD1A/CNSA/2024/62 du 22 mai 2024.

³ L'utilisation de cette modalité de tarification n'est pas obligatoire mais devra faire l'objet d'une étude systématique.

Au-delà des échéances de court terme, la source de problèmes de trésorerie peut également être recherchée au niveau de la capacité à faire face aux engagements de long terme. D'autres ratios seront examinés à cet effet : indépendance financière, apurement et durée apparente de la dette, couverture du remboursement annuel du capital des emprunts par la capacité d'autofinancement (CAF).

II – Indicateurs d'analyse globale :

Les indicateurs relatifs à la dette de long terme sont généralement le signe de difficultés structurelles.

Il convient donc de dissocier les structures faisant face à des situations conjoncturelles des structures devant mettre en place un plan de retour à l'équilibre, sur la base de mesures ciblées et crantées dans une démarche plus globale de retour à l'équilibre.

La marge d'appréciation de la commission doit donc s'appuyer autant que possible sur une analyse plus globale des équilibres de la structure, les problèmes de trésorerie ne reflétant pas forcément une fragilisation des équilibres à moyen/long terme. A cet égard, il est vivement recommandé d'élargir l'analyse, au-delà des problèmes de trésorerie, pour une approche plus globale, en faisant appel aux indicateurs plus généraux suivants :

- **Indicateurs financiers** : taux de résultat, taux de CAF, taux de réserve de compensation des déficits et poids de cette réserve par rapport aux produits, taux de marge brute d'exploitation, taux d'atteinte des prévisions, taux de vétusté des constructions, installations techniques, matériel et outillages, poids des charges financières par rapport aux charges sociales, poids des charges et des produits par groupe, poids des charges d'intérim par rapport au total des charges ;
- **Indicateurs ressources humaines (RH)** : taux d'équivalents temps plein (ETP) vacants, taux d'absentéisme, taux de rotation des personnels sur effectifs réels ;
- **Indicateurs d'activité** : taux d'occupation, taux de rotation des personnes accompagnées, écart entre le dernier PATHOS moyen pondéré (PMP) connu et le PMP validé, écart entre le dernier groupe iso-ressource moyen pondéré (GMP) connu et le GMP validé, prix de journée.

Il est demandé de privilégier le soutien aux établissements engagés dans des projets de transformation dont le modèle économique est jugé viable à terme et dont le projet d'établissement est en adéquation avec les besoins du territoire. Ainsi, on pourra être amené à soutenir des structures dont les indicateurs financiers sont moins dégradés par rapport à d'autres mais dont le projet présente un plus grand intérêt pour la réponse aux besoins du territoire et la viabilité financière à terme de la structure.

L'outil en ligne de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui sera mis à jour en juin 2025, peut à ce titre constituer une aide au diagnostic :

https://cnsa-apps.shinyapps.io/Situation_financiere_des_ESMS/

2. Financements complémentaires au titre du soutien financier des ESMS en difficulté hébergeant des personnes âgées

Une enveloppe de 250 M€ est mise à disposition des ARS en première phase de campagne budgétaire 2025.

Les ARS sont invitées à compléter cette enveloppe en cas de nécessité, en mobilisant prioritairement leurs marges régionales pour le soutien aux structures en difficulté, et ce dans la mesure de leur capacité.

Des co-financements, notamment des départements, et autres formes de soutien (étalement/effacement des dettes sociales et/ou fiscales, prêts de la Banque des territoires, etc.) seront recherchés de façon systématique.

L'analyse des situations en commission départementale doit conduire à identifier des axes de transformation plus structurants de nature à sécuriser la pérennité de l'établissement et de son modèle économique.

Des plans d'actions, construits en concertation avec les différentes administrations et portés par les directeurs d'EHPAD, seront ainsi définis afin de prévoir une trajectoire de progression et la mobilisation de différents leviers à la main des établissements. Les ARS pourront allouer des crédits aux établissements en impulsion pour la réalisation ou la poursuite de ces plans d'actions, en veillant à privilégier les orientations en conformité avec les grandes stratégies de politique publique déployées ces dernières années : amélioration de la qualité de vie au travail, contribution à la poursuite du déploiement du numérique dans les ESMS⁴, performance des achats, optimisation des différentes fonctions au sein des structures, prévention des résidents, etc.

L'enveloppe permettra également d'inscrire les EHPAD en difficulté dans une démarche de modernisation et de soutenir les axes de transformation plus innovants, tels que l'utilisation d'outils d'intelligence artificielle (IA) ou l'amplification des efforts du secteur dans la transition écologique. En effet, le déploiement du plan d'aide à l'investissement du quotidien (PAIQ) a démontré qu'une aide sur quelques objets précis pouvait transformer durablement et efficacement le fonctionnement d'un établissement.

Les ARS pourront s'appuyer autant que nécessaire sur les outils mis à disposition par l'Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (ANAP), en particulier le dispositif Perf'EHPAD afin d'accompagner les établissements dans leur autodiagnostic et l'identification des axes et leviers de transformation prioritaires. La transformation de la fonction achat et l'articulation avec l'obligation d'adhérer à un groupement territorial, social et médico-social (GTSMS) pour les EHPAD publics autonomes constituent un levier à étudier.

3. Répartition des crédits

La répartition régionale des crédits, issue de l'application de la clé de répartition présentée en **annexe 1** de la présente instruction, est présentée ci-après et reprise dans le tableau des dotations régionales limitatives.

	CNR - Fonds soutien EHPAD
Auvergne-Rhône-Alpes	35 817 711 €
Bourgogne-Franche-Comté	16 346 718 €
Bretagne	16 287 214 €
Centre-Val de Loire	8 463 052 €
Corse	696 312 €
Grand Est	18 217 184 €
Guadeloupe	67 855 €
Guyane	55 020 €
Hauts-de-France	17 672 334 €
Ile-de-France	35 050 309 €
La Réunion	494 205 €
Martinique	177 991 €

⁴ Sous réserve du respect du seuil de signification des immobilisations.

Mayotte	0 €
Normandie	12 510 673 €
Nouvelle-Aquitaine	27 995 060 €
Occitanie	22 239 051 €
Pays de la Loire	16 110 240 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	21 486 574 €
Saint-Pierre-et-Miquelon	312 498 €

Les directeurs généraux d'ARS feront remonter une répartition départementale du fonds de soutien d'ici la fin du mois de juin. Ils veilleront également à assurer une transparence vis-à-vis des conseils départementaux sur les modalités de répartition du fonds de soutien entre les départements.

4. Modalités de délégation des crédits

L'ARS tarifiera ces financements complémentaires en crédits non reconductibles au cours de l'exercice 2025 en distinguant précisément le soutien apporté au titre du fonds de soutien et au titre de CNR complémentaire des ARS dans l'application « e-cars ».

Un suivi régulier des consommations de crédits sera réalisé par la DGCS à fin d'information des ministres. Des échanges bilatéraux pourront être organisés le cas échéant par l'administration centrale avec les ARS pour apporter les éléments d'appréciation qualitatifs nécessaires.

5. Calendrier de mise en œuvre

Les ARS veilleront à mobiliser les crédits autant que possible avant le 31 octobre 2025 et à renseigner l'application « e-cars ».

Des points réguliers sur l'utilisation des crédits seront organisés dans le cadre des comités techniques sectoriels du champ médico-social (CTS MS).

Toute difficulté d'application de la présente annexe sera signalée au bureau SD5B de la DGCS (dgcs-5c-tarif-perf@social.gouv.fr).

*
* *

Les dotations régionales afférentes sont présentées en **annexe 7** de la présente instruction.

ANNEXE 3**MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DES DISPOSITIONS DU DECRET N° 2023-1428 DU 29 DECEMBRE 2023 RELATIF A LA PRISE EN COMPTE DES REPORTS A NOUVEAU ET DES RESERVES PREVUE AUX ARTICLES L. 313-12 ET L. 313-12-2 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES (CASF)****I. Les dispositions de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 :**

L'article 62 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 a modifié le IV ter de l'article L. 313-12 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), relatif aux contrats pluriannuels d'objectif et de moyen (CPOM) des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) éventuellement « multi-activités », et l'article L. 313-12-2 du même code relatif aux CPOM applicables aux autres établissements et services pour personnes âgées (PA) et pour personnes en situation de handicap (PH), de la compétence exclusive ou conjointe des ARS, en y ajoutant un alinéa identique :

« A l'occasion du renouvellement du contrat, il peut être tenu compte, pour fixer la tarification de l'établissement ou du service, de la part des reports à nouveau ou des réserves figurant dans son budget et qui ne sont pas justifiés par ses conditions d'exploitation. Au vu des résultats, le montant de ces reports ou de ces réserves peut être plafonné, selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat. ».

Cette disposition est l'une des dispositions qui visent à compléter les exigences de transparence et de régulation financière des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS). Elle s'applique quel que soit le statut juridique de l'organisme gestionnaire et contribue ainsi au suivi de la bonne utilisation des financements publics qui leur sont attribués.

Elle vise en conséquence à limiter dans le temps l'usage des excédents sur les financements publics, ce qui nécessite de nuancer le principe de libre affectation des résultats par l'organisme gestionnaire. Cette limitation dans le temps est calée sur la durée du CPOM (5 ans).

Pour autant, son application doit être faite avec la plus grande précaution en tenant compte de la situation économique de long terme de l'établissement. La reprise d'excédents n'a donc vocation qu'à être réalisée de manière exceptionnelle.

Le décret n° 2023-1428 du 29 décembre 2023 *relatif à la prise en compte des reports à nouveau et des réserves prévue aux articles L. 313-12 et L. 313-12-2 du Code de l'action sociale et des familles* vient préciser ces dispositions.

II. Les dispositions du décret du 29 décembre 2023 :**1. Champ d'application :**

Ces dispositions concernent uniquement les ESSMS pour lesquels un CPOM a été signé au titre du IV ter de l'article L. 313-12 et à l'article L. 313-12-2 du CASF¹.

¹ Notamment, ces dispositions ne s'appliquent pas aux contrats signés au titre de l'article L. 313-11 du même code.

La prise en compte des reports à nouveau et des réserves dans l'allocation des ressources sur les cinq années qui suivent peut être mise en œuvre à l'occasion du renouvellement du CPOM, et uniquement à ce moment-là. Elle doit être réservée à des **situations extrêmes** (voir notamment l'exemple ci-après).

Cas particulier des EHPAD dont le tarif hébergement n'est pas administré par le conseil départemental (CD) :

Dans ce cas, qui correspond le plus souvent aux EHPAD non habilités à l'aide sociale à l'hébergement, les réserves et reports à nouveau constitués sur le tarif hébergement ne sont pas concernées par les dispositions du décret qui ne vise que les financements d'origine publique. Pour ces établissements, le décret n'est susceptible de s'appliquer que sur les réserves et reports à nouveau constitués sur les sections « soins » et « dépendance ».

Pour les services autonomie à domicile (SAD), la même logique prévaut lorsque les prestations d'accompagnement ne sont pas habilitées à l'aide sociale.

2. Nature des dispositions :

L'autorité de tarification (ARS ou CD) peut tenir compte, pour fixer la tarification de l'établissement ou du service, de la part des reports à nouveau excédentaires ou des réserves figurant dans les comptes des établissements et services inclus dans le périmètre de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD)/état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD), pour lesquels cette autorité est compétente pour fixer le budget, et dont le niveau n'est pas justifié par les conditions d'exploitation résultant des obligations et des objectifs fixés par le contrat (projets à court/moyen terme ayant un impact financier)².

Ne peuvent donc être pris en compte que les reports à nouveau ou réserves constitués durant la période couverte par le précédent CPOM. Ces données sont disponibles dans les onglets « Affectation des résultats » des ERRD établis sur la période considérée.

Cette prise en compte s'effectue dans le cadre d'une décision budgétaire modificative, au titre de l'année en cours, si le gestionnaire ne l'a pas intégrée dans son budget initial. A défaut, l'impact sur les tarifs est pris en compte à partir de l'année qui suit.

Cette prise en compte est limitée en volume. Elle ne peut excéder **la moitié du montant des postes de report à nouveau et de réserves concernés et considérés comme non justifiés**, à savoir :

- Les comptes de report à nouveau excédentaire ;
- La réserve affectée au financement de mesures d'investissement ;
- La réserve de compensation des déficits ;

² Dans sa décision n° 492231 du 4 février 2025, le Conseil d'Etat a considéré que : [...] il résulte des termes mêmes de l'article R. 314-43-3 du code de l'action sociale et des familles que les « conditions d'exploitation » d'un établissement ou d'un service médico-social ne justifiant pas le niveau de ses reports à nouveau excédentaires ou de ses réserves doivent être examinées à l'occasion du renouvellement du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens au regard des prévisions que celui-ci contenait. Eu égard aux dispositions du B du IV ter de l'article L. 312-1 et de l'article L. 313-12-2 du même code, pour l'application desquelles est pris cet article R. 314-43-3, et à la période au titre de laquelle le décret prévoit que sont examinées ces conditions d'exploitation, la période de constitution des réserves et reports à nouveau susceptibles de justifier une modulation tarifaire correspond nécessairement à la durée du même contrat. Enfin, l'article R. 314-43-4 de ce code précise les documents sur lesquels se fonde l'analyse de la situation financière de l'établissement à partir de laquelle est établie la modulation tarifaire, qui se déroule dans le cadre de la négociation du nouveau contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Ainsi le syndicat requérant n'est, en tout état de cause, pas fondé à soutenir que le décret attaqué serait entaché d'« incompétence négative » pour n'avoir pas apporté ces précisions... ».

- La réserve de trésorerie ;
- La réserve affectée à la compensation des charges d'amortissement des équipements, agencements et installations de mise aux normes de sécurité.

Ces postes correspondent aux possibilités d'affectation d'un excédent comptable, en application de l'article R. 314-234 du CASF, hors apurement d'un déficit antérieur. Ces comptes sont répertoriés dans les nomenclatures comptables M22 et M22 bis comme suit :

Libellés des comptes (M 22)	Nomenclature M22	Nomenclature M22 bis
Report à nouveau (solde créditeur) ³	c/110	c/1150
Réserve affectée à l'investissement ³	c/10682	c/106852
Réserve de compensation des déficits ³	c/10686	c/106856
Excédents affectés à la couverture du besoin en fonds de roulement (réserve de trésorerie) ³	c/10685	c/106855
Réserve de compensation des charges d'amortissement ³	c/10687	c/106857

La prise en compte de réserves affectées à l'investissement ou encore à la dotation aux amortissements doivent cependant faire l'objet d'une attention particulière, notamment s'il existe à court/moyen termes des projets d'investissement importants, même s'ils n'ont pas encore fait l'objet d'une approbation dans le cadre d'un plan pluriannuel d'investissement et de financement.

En revanche, ne peuvent pas faire l'objet d'une reprise les financements suivants :

- Les apports, dotations, réserves et fonds propres ;
- Les subventions d'investissement ;
- Les provisions règlementées pour renouvellement des immobilisations ;
- Les fonds dédiés à l'investissement (compte réservé aux organismes privés non lucratifs) ;
- Les provisions règlementées des plus-values nettes d'actif (compte réservé aux organismes privés non lucratifs) ;
- Les provisions règlementées pour couverture du besoin en fonds de roulement ;
- Les emprunts et dettes assimilées ;
- Les dépôts et cautionnements reçus ;
- Les amortissements cumulés ;
- Les dotations aux dépréciations des immobilisations ;
- Les résultats sous gestion non contrôlée (compte réservé aux organismes privés) ;
- Les comptes de liaison (en ressources) (compte réservé aux organismes privés) ;
- Les résultats comptables excédentaires ;
- Les provisions pour risques et charges ;
- Les fonds dédiés à l'exploitation (compte réservé aux organismes privés non lucratifs) ;
- Les dépréciations des stocks, créances et éléments financiers.

3. Identification des réserves et des reports à nouveau injustifiés :

Le travail d'identification d'éventuels reports à nouveau/réserves non justifiés intervient dans le cadre préalable au renouvellement du CPOM. Lorsqu'une autorité de tarification constate,

³ Sous gestion contrôlée pour les ESSMS privés.

à partir de l'analyse de la situation financière de l'ESSMS leur caractère injustifié, elle doit informer le gestionnaire de son intention de prendre en compte ces réserves et/ou reports à nouveau sur les tarifs applicables à tout ou partie des années couvertes par le nouveau contrat. Cette notification doit mentionner le montant de cette prise en compte et sa répartition sur les exercices concernés. Lorsque le contrat comprend un ou plusieurs ESSMS co-financés par le directeur général de l'ARS et le président du conseil départemental, cette démarche est coordonnée et la notification indique la répartition du montant susceptible d'être pris en compte pour chaque autorité de tarification.

Cette notification fixe un délai de réponse pour le gestionnaire qui doit être en mesure d'apporter toutes les précisions nécessaires qui pourraient justifier, en définitive, le maintien de ces réserves et/ou reports à nouveau. Ce délai doit être suffisant (il est conseillé de retenir un délai minimum de 8 jours à compter de la date de réception de la notification).

L'analyse de la situation financière des ESSMS est basée sur l'étude des EPRD et ERRD, ainsi que des documents comptables propres à chaque établissement ou service (bilan comptable notamment pour les structures privées, compte de gestion pour les ESSMS publics⁴). Cette analyse tient compte des projets des établissements et services, y compris des plans pluriannuels d'investissement et de financement en cours et à venir.

Dans l'EPRD, l'analyse reposera principalement sur le tableau de financement prévisionnel (TFP) et le plan global de financement pluriannuel (PGFP).

Dans l'EPRD et l'ERRD, l'analyse reposera principalement sur le bilan financier et ses ratios d'analyse financière.

Le TFP et le PGFP vont permettre d'identifier les projets d'investissement à court et moyen termes, ainsi que la trajectoire financière des établissements et services relevant du périmètre de l'EPRD.

Le bilan financier et ses ratios vont permettre une analyse des équilibres bilanciaux de ces mêmes établissements et services, notamment :

- Le fonds de roulement (FR ou fonds de roulement net global [FRNG]), le besoin en fonds de roulement (BFR) et la trésorerie ;
- Les postes de reports à nouveau et de réserves susceptibles d'être pris en compte dans la tarification ;
- Les comptes de liaison (notamment en emplois) (compte réservé aux ESSMS privés) ;
- Les disponibilités.

S'agissant des ratios, il convient d'attacher une importance plus particulière aux indicateurs suivants qui retracent les équilibres bilanciaux :

- Le fonds de roulement en jours d'exploitation ;
- Le besoin en fonds de roulement en jours d'exploitation ;
- La trésorerie en jours d'exploitation ;
- La réserve de couverture du BFR en jours d'exploitation.

4 Le compte de gestion des ESSMS publics comprend notamment un bilan (bilan propre à chaque établissement ou service pour les ESSMS gérés par une collectivité territoriale, un CCAS ou un CIAS ; bilan commun à l'ensemble des activités pour les ESSMS gérés par un même établissement public social ou médico-social) et une annexe qui présente le résultat d'exploitation de chaque établissement ou service et détaille l'affectation qui en est faite (en réserves et/ou en report à nouveau).

□ *Le FR, le BFR et la trésorerie exprimés en jours d'exploitation* : ces ratios sont obtenus en divisant respectivement le montant du fonds de roulement, du besoin en fonds de roulement et de la trésorerie par le montant des charges décaissables, puis en multipliant ce résultat par 365. Ces ratios expriment les grandes masses financières en jours d'exploitation. Les valeurs de ces indicateurs ne sont pas normées. Le ratio relatif à la trésorerie n'est calculé que si celle-ci est positive.

□ *La Réserve de couverture du BFR en jours d'exploitation* : ce ratio est calculé en divisant le montant des réserves affectées à la couverture du besoin en fonds de roulement par le montant des charges décaissables, puis en multipliant ce résultat par 365. Il permet d'exprimer les réserves de trésorerie en jours d'exploitation. L'analyse de ce ratio peut être rapprochée du montant-cible de réserve de trésorerie fixé par l'article R. 314-48 du CASF. Cet article précise que : « II.- Si le bilan financier établit, sur trois exercices successifs, que les comptes de réserve de trésorerie couvrent le besoin en fonds de roulement de l'établissement ou du service, ce dernier peut procéder à une reprise de ces réserves, à un niveau qui ne peut en aucun cas excéder la plus haute différence observée, sur les trois exercices en cause, entre cette réserve et le besoin en fonds de roulement. »

Le ratio relatif à la trésorerie va jouer un rôle central dans l'identification des situations extrêmes pouvant donner lieu à la mise en œuvre des dispositions du décret. En effet, ce ratio est la résultante de l'ensemble des équilibres bilanciaux, dont la base est constituée par l'égalité suivante :

$$\text{FR (ou FRNG)} - \text{BFR} = \text{Trésorerie}$$

Ce ratio devra cependant être corrigé des éventuels comptes de liaison en emplois⁵.

Si ce ratio n'est pas normé, pour un ESSMS en dotation globale de financement (dont les douzièmes sont versés régulièrement) n'ayant pas de projets d'investissement significatifs à court/moyen terme, une trésorerie de 30 jours suffirait. Un ratio de 90 jours permet de faire face à la plupart des situations et doit être utilisé comme référence.

Les autres ratios figurant dans les EPRD et ERRD doivent également être regardés, notamment ceux relatifs aux dettes et aux créances pour appréhender la situation de l'établissement de manière globale.

4. Conséquences en matière de tarification :

Après avoir fixé définitivement le montant des réserves et/ou des reports à nouveau injustifiés pris en compte dans son allocation de ressources et précisé sa répartition sur la durée du CPOM, et, le cas échéant, la répartition entre établissements et services relevant du périmètre du CPOM⁶, l'autorité de tarification diminue à due concurrence les crédits qu'elle notifie au gestionnaire au titre de ces établissements et services.

⁵ Sont uniquement susceptibles d'être concernés les ESSMS privés.

⁶ Lorsque les documents budgétaires (EPRD et ERRD) regroupent plusieurs établissements ou services, il est nécessaire de répartir les sommes identifiées comme devant être prises en compte dans la tarification entre ces différents établissements et services. Pour les établissements et services privés (non lucratifs ou commerciaux), il convient de s'appuyer sur les bilans comptables établis par structure. Dans le cas des EHPAD non habilités à l'aide sociale, ce document est complété des annexes liées à la comptabilité analytique mise en place par l'arrêté du 29 décembre 2023 relatif à la mise en œuvre de la comptabilité analytique applicable aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes gérés par des organismes à but lucratif ou non habilités ou minoritairement habilités à l'aide sociale.

L'impact sur les réserves et reports à nouveau se fera en priorité sur les reports à nouveau en attente d'affectation. Le choix des autres postes impactés relève plus de la décision du gestionnaire. Cf. notamment point 6 *infra*.

La modulation tarifaire qui en résulte est ainsi répartie sur tout ou partie de la durée du nouveau contrat. Cette répartition peut être inégale, mais il est cependant conseillé de procéder à une répartition uniforme, sur l'ensemble de la durée du nouveau contrat.

En tout état de cause, un refus du gestionnaire de signer le renouvellement du CPOM ne saurait faire obstacle à la mise en œuvre effective de ces dispositions.

5. Illustration :

A titre d'exemple, soit un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), locataire de ses locaux, n'ayant pas de projets à court/moyen termes. Le service a ouvert en 2020, année de signature du CPOM, ce contrat ayant été prorogé d'un an en application de l'article L. 313-11 du CASF.

Le SESSAD a connu une montée en charge plus lente que prévue.

Son ERRD 2024 fait apparaître les ratios suivants :

Thèmes & intitulés (valeurs indicatives)	Mode de calcul	Valeur de l'indicateur pour 2023	Valeur de l'indicateur pour 2024
1. Endettement à moyen et long terme			
1.1. Indépendance financière (<50%)	$\frac{\text{Emprunts (comptes 16 hors c/165, c/1688 et c/169)} \times 100}{\text{Financements stables du FRI (hors amortissements cumulés)}}$	0,00%	0,00%
1.2. Apurement de la dette (>2)	$\frac{\text{Immobilisations nettes amortissables}}{\text{Dettes financières à moyen et long terme}}$	0,00	0,00
1.3. Durée apparente de la dette	$\frac{\text{Emprunts (comptes 16 hors c/165, c/1688 et c/169)}}{\text{CAF}}$	0,00	0,00
2. Patrimoine immobilier			
2.1. Vétusté des immobilisations (1)			
<i>Construction</i>	Solde créditeur des comptes 28 Solde débiteur des comptes 21 correspondants	0,01	0,29
<i>Installations techniques, matériel et outillage</i>		0,00	0,00
<i>Autres immobilisations corporelles</i>		0,83	0,81
3. Equilibres du bilan			
3.1.a. Fonds de roulement en jours d'exploitation			
<i>Fonds de roulement d'investissement (FRI)</i>	$\text{FRI ou FRE ou FRNG} \times 365 \text{ j.}$	201,25	191,62
<i>Fonds de roulement d'exploitation (FRE)</i>	Total classe 6 (charges décaissables uniquement)	567,50	518,30

Pour les établissements publics sociaux et médico-sociaux gérant plusieurs budgets, la répartition des sommes entre les différents ESSMS s'effectue au vu des données du compte de gestion (bilan, annexe relative à l'affectation du résultat), et des données issues de la comptabilité analytique de l'ordonnateur.

Fonds de roulement net global (FRNG)		768,75	709,92
3.1.b. Besoin en fonds de roulement en jours d'exploitation ⁷	<u>BFR x 365 j.</u> Total classe 6 (charges décaissables uniquement)	-39,93	-51,57
Thèmes & intitulés (valeurs indicatives)	Mode de calcul	Valeur de l'indicateur pour 2023	Valeur de l'indicateur pour 2024
3.1.c. Trésorerie en jours d'exploitation	<u>Trésorerie x 365 j.</u> Total classe 6 (charges décaissables uniquement)	808,68	761,49
3.2. Réserve de couverture du BFR en jours d'exploitation	<u>Solde des comptes 141 et 10685 x 365 j.</u> Total classe 6 (charges décaissables uniquement)	65,12	58,87
4. Rotation des postes d'exploitation en jours			
4.1. Stocks (10-20 j.)	<u>[Stocks (solde débiteur classe 3)] x 365 j.</u> Total des consommations (comptes 601 à 603)	0,00	0,00
4.2. Créances (< 30 j.)	<u>(Solde débiteur comptes 41) x 365 j.</u> Total des produits (comptes 70 et 73)	0,00	0,00
4.3. Dettes fournisseurs (< 45 j.)	<u>(Solde créditeur comptes 401) x 365 j.</u> Total des charges (comptes 60 à 62) (2)	12,75	32,53
4.4. Dettes sociales et dettes fiscales	<u>(Solde créditeur comptes 43 et 44) x 365 j.</u> Total des charges (comptes 63 et 645 à 647)	129,35	157,93
5. Autres			
5.1 Taux de CAF (5 à 10%)	<u>CAF x100</u> Total classe 7 (sauf c/775, c/777, c/7781 et c/78) - c/709 et c/713	23,76%	11,05%
5.2 Taux de réserve de compensation des déficits	<u>Réserve de compensation des déficits (c/10686 ou c/106856) x100</u> Total classe 7 (sauf c/76, c/77, c/786 et c/787) - c/709 et c/713	6,32%	6,77%
5.3 Taux de marge brute	<u>(Comptes 70 à 75 - comptes 60 à 65) x 100</u> Comptes 70 à 75 - c/ 709 et c/713	23,39%	10,29%

Les postes de réserves et de reports à nouveau susceptibles d'être pris en compte dans l'allocation des ressources sont dotés des montants suivants :

	2023	2024
Financements stables		
Excédents affectés à l'investissement	144 385,15 €	159 385,15 €
Réserve de compensation des charges d'amortissement	15 000,00 €	15 000,00 €
Sous-total I	159 385,15 €	174 385,15 €
Réserves et provisions affectées à la couverture du BFR	49 697,45 €	49 697,45 €

⁷ Un ratio négatif traduit un excédent de financement d'exploitation.

Réserves de compensation des déficits	23 446,95 €	23 446,95 €
Résultat excédentaire (3)	81 653,87 €	16 738,91 €
Report à nouveau excédentaire en attente d'affectation (3)	255 032,46 €	318 060,52 €
	2023	2024
Sous-total II	409 830,73 €	407 943,83 €
Total	569 215,88 €	582 328,98 €

(Extrait du bilan financier 2024 ci-joint à la fin de l'annexe)

Le TFP et le PGFP de l'EPRD n'intègrent aucun projet d'investissement significatif/ notoire (uniquement des renouvellements d'immobilisations) et le tendanciel sur 6 ans fait apparaître une augmentation continue des réserves.

Le bilan financier fait apparaître des comptes de liaison en ressources et en emplois d'un montant sensiblement équivalent. La réserve de trésorerie a été uniquement constituée à partir de l'affectation des résultats excédentaires. Elle ne comprend donc pas de provisions réglementées pour couverture du besoin en fonds de roulement.

Dans cet exemple, si on retire la totalité des postes concernés (soit un montant de 582 328,98 €), le ratio relatif à la trésorerie exprimée en jours d'exploitation serait de 91,52 jours. Ce montant peut être retenu comme valeur de référence sachant que la prise en compte dans la tarification est limitée à la moitié du montant des postes de report à nouveau et de réserves concernés et considérés comme non justifiés. Ce dernier montant, qui s'élève à 291 164,49 €⁸, reste inférieur au montant des reports à nouveau excédentaires en attente d'affectation.

Le montant de 291 164,49 € peut donc être imputé en totalité sur le poste des reports à nouveau excédentaires en attente d'affectation. Une simulation établie à partir des données 2024 et prenant en compte cette imputation permet de vérifier que la mise en œuvre de ce mécanisme ne génère pas de difficultés financières pour ce SESSAD.

Notamment, les ratios bilantiels projetés restent sur des valeurs très favorables à ce service :

3. Equilibres du bilan	Simulation à partir des données 2024
3.1.a. Fonds de roulement en jours d'exploitation	
<i>Fonds de roulement d'investissement (FRI)</i>	191,62
<i>Fonds de roulement d'exploitation (FRE)</i>	173,40
<i>Fonds de roulement net global (FRNG)</i>	365,02
3.1.b. Besoin en fonds de roulement en jours d'exploitation	-51,57
3.1.c. Trésorerie en jours d'exploitation	416,59
3.2. Réserve de couverture du BFR en jours d'exploitation	58,87

⁸ La prise en compte de ce montant pourra être étalée sur 5 ans, soit 58 232,90 € par an.

Le nouveau CPOM entrera en vigueur à compter de 291 164 € sera pris en compte dans l'allocation des ressources du SESSAD sur la période 2026-2030, représentant un montant annuel de 58 232,80 €.

6. Compensation des déficits prévisionnels générés par cette prise en compte :

Les modulations tarifaires à la baisse issues du dispositif sont susceptibles de générer des déficits d'exploitation à due concurrence sur l'ensemble de la période du CPOM. Ces déficits ont vocation à être couverts, en priorité, par le report à nouveau excédentaire et, pour le surplus, par des reprises sur la réserve de compensation des déficits⁹.

Par ailleurs, le décret prévoit le transfert d'une fraction des réserves injustifiées au profit du compte de réserve de compensation des déficits. Cette fraction ne peut excéder la moitié des réserves injustifiées. Son montant, sa répartition entre les différents comptes de réserves à reprendre (réserve affectée à l'investissement, réserve de trésorerie ou réserve de compensation des charges d'amortissement), et sa répartition sur les années couvertes par le CPOM, sont précisés dans le CPOM.

Pour les ESSMS publics, le transfert entre les comptes de réserves injustifiées et la réserve de compensation des déficits s'effectue au vu d'une décision de l'ordonnateur reprenant les montants indiqués dans le CPOM ou les montants notifiés par l'autorité de tarification en cas de signature tardive du CPOM. Il est réalisé au cours de l'exercice de « reprise » indiqué dans le contrat. Il donne lieu à l'enregistrement de l'écriture non budgétaire suivante :

- Débit compte(s) 10682 et/ou 10685 et/ou 10687,
- Crédit compte 10686.

9 Cf. articles R.314-234 du CASF.

BIENS	2023	2024	FINANCEMENTS	2023	2024
Biens stables					
Immobilisations incorporelles brutes	5 190,42 €	5 190,42 €	Apports, dotations, réserves et fonds propres	20 439,17 €	20 439,17 €
Immobilisations corporelles brutes	140 239,58 €	159 675,24 €	Excédents affectés à l'investissement	144 385,15 €	159 385,15 €
- Terrains	0,00 €	0,00 €	Subventions d'investissement	214,50 €	121,70 €
- Agencements de terrain	0,00 €	0,00 €	Réserve de compensation des charges d'amortissement	15 000,00 €	15 000,00 €
- Constructions	1 821,16 €	1 821,16 €	Provisions pour renouvellement des immobilisations	0,00 €	0,00 €
- Installations techniques, matériel et outillage	0,00 €	0,00 €	Fonds dédiés à l'investissement (2)	0,00 €	0,00 €
- Autres immobilisations corporelles	138 418,42 €	157 854,08 €	Provisions réglementées des plus-values nettes d'actif	0,00 €	0,00 €
Immobilisations corporelles et incorporelles en cours	0,00 €	0,00 €	Emprunts et dettes assimilées (à plus d'un an à l'origine)	0,00 €	0,00 €
Immobilisations en cours - Part investissement PPP (1)	0,00 €	0,00 €	Dépôts et cautionnements reçus	0,00 €	0,00 €
			Amortissements des immobilisations corporelles	115 532,50 €	128 651,87 €
Immobilisations financières	0,00 €	1 187,00 €	Amortissement des immobilisations incorporelles	3 441,90 €	4 220,44 €
Amortissements comptables excédentaires différés (2)	0,00 €	0,00 €	Dépenses refusées par l'autorité de tarification (2) (5)	0,00 €	0,00 €
Charges à répartir sur plusieurs exercices	0,00 €	0,00 €	Dépréciation des immobilisations	0,00 €	0,00 €
Autres	0,00 €	0,00 €	Autres (6)	0,00 €	0,00 €
Compte de liaison investissement (2)	0,00 €	0,00 €	Compte de liaison investissement (2) (7)	0,00 €	0,00 €
Total II	145 430,00 €	166 052,66 €	Total I	299 013,22 €	327 818,33 €
Fonds de roulement d'investissement négatif (I-II)	0,00 €	0,00 €	Fonds de roulement d'investissement positif (I-II)	153 583,22 €	161 765,67 €
Actifs stables d'exploitation			Financements stables d'exploitation		
Report à nouveau déficitaire (3)	0,00 €	0,00 €	Réserves et provisions affectées à la couverture du BFR	49 697,45 €	49 697,45 €
Résultat déficitaire (3)	0,00 €	0,00 €	Réserves de compensation des déficits	23 446,95 €	23 446,95 €
Créances glissantes	0,00 €	0,00 €	Résultat excédentaire (3)	81 653,87 €	16 738,91 €
Droits acquis par les salariés, non provisionnés (2)	30 214,29 €	30 214,29 €	Report à nouveau excédentaire en attente d'affectation (3)	255 032,46 €	318 060,52 €
			Provisions pour risques et charges	53 472,73 €	59 822,25 €
			Fonds dédiés à l'exploitation (2)	0,00 €	0,00 €
			Dépréciation des stocks, créances et éléments financiers	0,00 €	0,00 €
			Autres		
Compte de liaison trésorerie (stable) (2)	0,00 €	0,00 €	Compte de liaison trésorerie (stable) (2)	0,00 €	0,00 €
Total IV	30 214,29 €	30 214,29 €	Total III	463 303,46 €	467 766,08 €
Fonds de roulement d'exploitation négatif (III-IV)	0,00 €	0,00 €	Fonds de roulement d'exploitation positif (III-IV)	433 089,17 €	437 551,79 €
Fonds de roulement net global négatif	0,00 €	0,00 €	Fonds de roulement net global positif	586 672,39 €	599 317,46 €
Valeurs d'exploitation			Dettes d'exploitation		
Stocks et en-cours	0,00 €	0,00 €	Avances reçues	0,00 €	0,00 €
Avances et acomptes versés	0,00 €	0,00 €	Fournisseurs	1 278,06 €	5 834,22 €
Créances sur organismes payeurs, usagers et clients	-124,00 €	-124,00 €	Dettes sociales et fiscales	28 862,03 €	32 178,36 €
Créances diverses d'exploitation	532,94 €	544,02 €	Dettes diverses d'exploitation	0,00 €	0,00 €
Créances irrécouvrables admises en non valeur (4)	0,00 €	0,00 €	Produits constatés d'avance	0,00 €	0,00 €
Charges constatées d'avance	0,00 €	0,00 €	Ressources à reverser à l'aide sociale	0,00 €	0,00 €
Dépenses pour congés payés	-437,00 €	-4 062,81 €	Fonds déposés par les résidents	0,00 €	0,00 €
Autres	0,00 €	0,00 €	Autres	0,00 €	0,00 €
Compte de liaison d'exploitation (2)	5 978,99 €	3 732,48 €	Compte de liaison d'exploitation (2)	6 282,45 €	5 610,83 €
Total VI	5 950,93 €	89,69 €	Total V	36 422,54 €	43 623,41 €
Besoin en fonds de roulement (VI-V)	0,00 €	0,00 €	Excédent de financement d'exploitation (VI-V)	30 471,61 €	43 533,72 €
Valeurs mobilières de placement			Financements à court terme		
Disponibilités	618 904,63 €	649 224,79 €	Fournisseurs d'immobilisations	0,00 €	0,00 €
Autres	0,00 €	0,00 €	Fonds des majeurs protégés	0,00 €	0,00 €
Compte de liaison trésorerie (2)	4 054,92 €	55 843,17 €	Concours bancaires courants	0,00 €	0,00 €
Total VIII	622 959,55 €	705 067,96 €	Compte de liaison trésorerie (2)	5 815,55 €	62 216,78 €
Trésorerie positive (VIII-VII)	617 144,00 €	642 851,18 €	Trésorerie négative (VIII-VII)	0,00 €	0,00 €
TOTAL DES BIENS (II+IV+VI+VIII)	804 554,77 €	901 424,60 €	TOTAL DES FINANCEMENTS (I+III+V+VII)	804 554,77 €	901 424,60 €

ANNEXE 4

APPLICATION DE L'EXPERIMENTATION DE LA FUSION DES SECTIONS

L'article 79 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 prévoit une expérimentation de la fusion des sections « soins » et « dépendance » des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et des unités de soins de longue durée (USLD) qui se traduit par la mise en place d'un forfait global unique relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie, en lieu et place des forfaits relatifs aux soins et à la dépendance.

Ces dispositions ont été complétées par l'article 82 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

Un premier décret a été pris en application de ces dispositions : il s'agit du décret n° 2025-168 du 20 février 2025 relatif au financement des établissements participant à l'expérimentation prévue par l'article 79 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, publié au Journal Officiel le 22 février 2025.

Un second décret, qui fixe notamment les modalités de financement de cette expérimentation, est en cours de finalisation.

Enfin, l'arrêté à paraître fixera le montant de la participation financière des résidents aux dépenses d'entretien de l'autonomie à 6,10 € toutes taxes comprises (TTC).

La présente annexe a pour objet de présenter les dispositions applicables aux EHPAD et aux petites unités de vie (PUV) tarifées au groupe iso-ressources moyen pondéré soins (GMPS) dans le cadre de cette expérimentation ainsi que les modifications apportées par ces dispositions (I), puis les implications en matière de tarification de ces établissements dans le cadre de la campagne budgétaire (II).

I. Dispositions applicables dans le cadre de l'expérimentation et changements par rapport aux dispositions de droit commun

1. Cadrage législatif de l'expérimentation :

1.1. Principes généraux

L'article 79 précité prévoit que l'expérimentation dure du 1^{er} juillet 2025 au 31 décembre 2026 dans les 23 départements suivants : Aude, Cantal, Charente-Maritime, Corrèze, Côtes-d'Armor, Creuse, Finistère, Haute-Garonne, Haute-Marne, Landes, Lot, Lot-et-Garonne, Maine-et-Loire, Mayenne, Métropole de Lyon, Morbihan, Nièvre, Pas-de-Calais, Pyrénées-Orientales, Savoie, Seine-Saint-Denis, Guyane, La Réunion. Toutes ces collectivités sont désignées nominativement dans la loi.

Dans ces départements, un régime de financement adapté est mis en place pour l'ensemble des EHPAD, des PUV tarifées au GMPS¹ et des établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue durée (USLD). Une application partielle est impossible².

¹ Les PUV bénéficiant d'une tarification dérogatoire n'entrent pas dans ce périmètre, celles-ci ne relevant pas de l'APA-établissement (mais de l'APA à domicile).

² Excepté cas spécifiques comme le financement d'EHPAD implantés dans un département expérimentateur mais relevant d'un autre département, en vertu des règles budgétaires applicables aux établissements rattachés à des collectivités territoriales notamment.

Cette expérimentation fera l'objet d'une évaluation sur les conditions de sa généralisation et de sa pérennisation.

1.2. Le forfait global unique relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie (FGU)

L'aide personnalisée à l'autonomie (APA) en établissement, qui est la source de financement de la section « dépendance » de ces établissements, est supprimée et les charges d'exploitation relatives aux soins et à la dépendance (devenue entretien de l'autonomie) sont financées par un forfait global unique relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie (FGU), de la compétence du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS)³. Ce forfait est versé par les organismes payeurs de l'assurance maladie.

Ce nouveau forfait prend en compte les besoins en soins des résidents et leur niveau de perte d'autonomie qui restent déterminés à l'aide des coupes AGGIR et PATHOS selon les modalités de droit commun.

Ce forfait peut inclure des financements complémentaires. Il peut être modulé en fonction de l'activité réalisée, de l'atteinte des objectifs fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) et de l'existence de surcoûts liés au lieu d'implantation de l'établissement. La modulation peut également s'appliquer aux financements complémentaires.

Le FGU peut également financer des actions de prévention, ainsi que des mesures de revalorisations salariales pour le personnel émergeant sur la section « hébergement ».

La suppression de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) établissement ne vaut que dans les départements expérimentateurs. Ce régime de financement perdure dans les autres départements. A ce titre, les départements expérimentateurs restent redevables des tarifs « dépendance » dus au titre du domicile de secours pour des résidents accueillis dans des départements non-expérimentateurs. Ils bénéficient en revanche d'un remboursement intégral de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

1.3. La participation des résidents

Le principe d'une participation financière du résident aux frais d'entretien de l'autonomie est maintenu. Cependant, les modalités de participation sont modifiées.

Dans le droit commun, cette participation repose sur l'acquiescement du tarif journalier afférent aux groupes iso-ressources (GIR) 5 et 6, dont le montant est déterminé pour chaque établissement, cette participation étant le cas échéant majorée d'une part variable en fonction des revenus du résident, selon un barème national.

Dans le cadre de l'expérimentation, les résidents acquiescent une participation journalière forfaitaire aux dépenses d'entretien de l'autonomie dont le montant est fixé au niveau national par arrêté interministériel (cf. partie II).

Cette participation est susceptible d'être prise en charge au titre de l'aide sociale à l'hébergement.

A titre transitoire, les résidents qui acquiescent au 30 juin 2025 un tarif journalier afférent aux GIR 5-6 inférieur au montant de la participation financière fixée au niveau national continueront à acquiescent le montant du tarif afférent aux GIR 5-6, afin de ne pas générer de surcoût pour ces résidents. En revanche, ceux qui acquiescent un tarif journalier supérieur à ce montant se verront appliquer le nouveau tarif à compter du 1^{er} juillet 2025.

³ Pour application de ces dispositions, les conseils départementaux expérimentateurs transmettent à la DGCS et la CNSA les données budgétaires nécessaires au calcul des éléments de tarification au titre de l'entretien de l'autonomie. Ces données permettent de calibrer les dotations régionales limitatives des ARS concernées par cette expérimentation.

1.4. Contractualisation

En matière de contractualisation, les CPOM portant sur des établissements relevant de l'article L. 342-1 du CASF (établissements commerciaux notamment), et en dehors des cas où la possibilité du moratoire (instruction N° ...) n'est pas appliquée, le CPOM a vocation à être signé uniquement entre l'ARS et le gestionnaire. Le conseil départemental peut cependant demander à participer aux négociations et être cosignataire. Pour les CPOM déjà signés, quel que soit le statut du gestionnaire, l'ARS reprend les engagements qui ont pu être pris au titre de la dépendance à l'exception de ceux relatifs à la pluri-annualité budgétaire ou rattachables à l'hébergement.

1.5. Financement des dépenses relatives au FGU

Le surcoût de cette expérimentation pour la sécurité sociale est compensé partiellement par la suppression du versement du concours APA-établissement par la CNSA et une rétro-compensation de recettes fiscales dont ces départements bénéficient. Ces dispositions font l'objet d'un décret en cours de finalisation.

2. Les dispositions du décret n° 2025-168 du 20 février 2025 précité :

Ce décret regroupe quatre décrets prévus par la loi, précisant :

- Les dispositions budgétaires applicables dans le cadre de l'expérimentation :
 - Les charges couvertes par le FGU dans ces établissements (et plus généralement les dispositions budgétaires applicables aux EHPAD et aux PUV tarifées au GMPS) ;
 - Les modalités de détermination et de mise en œuvre de la participation financière journalière des résidents aux dépenses d'entretien de l'autonomie ;
 - Les modalités de détermination et d'allocation du FGU des USLD (non traitées dans le cadre de cette annexe).
 - Le minimum garanti de ressources laissées aux personnes bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement accueillies dans les établissements habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

2.1. Les dispositions budgétaires :

2.1.1. Détermination du FGU et du montant à la charge de la Branche Autonomie

Pour les EHPAD et les PUV, les règles précisées au paragraphe 10 : « Modalités particulières de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes » de la sous-section 4 de la section 2 du chapitre IV du titre 1er du livre III du CASF sont adaptées afin d'intégrer la création du FGU qui se substitue au forfait global relatif aux soins et au forfait global relatif à la dépendance existant dans le cadre du droit commun.

Le financement de droit commun, reposant sur trois sections tarifaires : « soins » (de la compétence des ARS), « dépendance » (de la compétence des conseils départementaux, incluant une participation des résidents) et « hébergement » (à la charge des résidents, ceux-ci pouvant bénéficier sous conditions de l'aide sociale à l'hébergement), est remplacé par un financement bipartite comprenant :

- Le FGU, de la compétence des ARS, incluant une participation financière forfaitaire des résidents ;
- Un ou plusieurs tarifs relatifs aux prestations d'hébergement, à la charge des résidents qui peuvent bénéficier de l'aide sociale à l'hébergement dans les conditions de droit commun.

Le forfait global unique relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie comprend :

- Le résultat de l'équation tarifaire relative aux soins suivante :
[Indicateur synthétique GMPS x Capacité autorisée et financée en hébergement permanent x Valeur du point]

selon deux options tarifaires possibles : tarif partiel ou tarif global et la présence ou non d'une pharmacie à usage intérieur, dont dépend le périmètre des dépenses de soins imputables sur ces financements ;
- Le résultat de l'équation tarifaire relative à la dépendance :
[Niveau de dépendance des résidents x Places autorisées et financées en hébergement permanent x Valeur du point GIR départemental⁴]
- Des financements complémentaires, prévus dans le CPOM.

La composante « Entretien de l'autonomie » du FGU est « toutes taxes comprises ».

Le montant à la charge de la branche Autonomie est déterminé en minorant le FGU (hors financements complémentaires) d'une part des tarifs journaliers correspondant aux prestations de soins et d'entretien de l'autonomie délivrées à des résidents non affiliés à un régime obligatoire de la sécurité sociale, et non bénéficiaires de l'aide médicale notamment, et, d'autre part, du montant prévisionnel des participations financières forfaitaires des résidents aux dépenses d'entretien de l'autonomie.

2.1.2. Les participations forfaitaires des résidents

La participation forfaitaire (cf. 1.3) est fixée au niveau national par arrêté interministériel. Son montant est de 6,10 € TTC par jour et par résident, à compter du 1^{er} juillet 2025, dans tous les EHPAD et PUV implantés dans les départements expérimentateurs.

La partie II explicite plus en détail les changements que l'expérimentation apporte en matière de participation du résident.

2.1.3. Les résidents non affiliés à la sécurité sociale

Lorsqu'un résident n'est pas affilié à un régime obligatoire de la sécurité sociale et qu'il ne relève pas de l'aide médicale notamment, le coût des prestations relatives aux soins et à l'entretien de l'autonomie reste à sa charge. Un engagement à acquitter ces frais doit être souscrit et, sauf en cas d'urgence, une provision renouvelable doit être versée lors de son entrée dans l'établissement.

2.1.4. Charges couvertes par le FGU

Le forfait global unique relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie (FGU) (hors financements complémentaires) couvre les dépenses suivantes :

- Les charges relatives aux prestations de services à caractère médical, au petit matériel médical et aux fournitures médicales dont la liste est fixée par arrêté ;
- Les charges relatives aux interventions du médecin coordonnateur, du personnel médical, de pharmaciens et d'auxiliaires médicaux assurant les soins ;
- Les charges de personnel afférentes aux aides-soignants, aux aides médico-psychologiques et aux accompagnateurs éducatifs et sociaux ;
- L'amortissement et la dépréciation du matériel médical, ainsi que les amortissements et dépréciations du matériel et du mobilier permettant la prise en charge de la dépendance et la prévention de son aggravation ;

⁴ Fixé annuellement par le directeur général de l'ARS dans les départements expérimentateurs.

- Les médicaments dans les conditions prévues au septième alinéa de l'article L. 314-8 du CASF ;
- Les rémunérations ou honoraires versés aux infirmiers libéraux intervenant au sein de l'établissement ;
- Les fournitures pour l'incontinence ;
- Concurrément avec les produits relatifs à l'hébergement, les fournitures hôtelières, les produits d'entretien, les prestations de blanchissage et de nettoyage à l'extérieur ;
- Les charges relatives à l'emploi de personnels affectés aux fonctions de blanchissage, nettoyage et service des repas, concurrément avec les produits relatifs à l'hébergement ;
- Les charges nettes relatives à l'emploi de psychologues.

Lorsque l'établissement est en tarif global, ces charges comprennent également les rémunérations ou honoraires versés aux médecins spécialistes en médecine générale et en gériatrie et aux auxiliaires médicaux libéraux exerçant dans l'établissement, ainsi que les examens de biologie et de radiologie.

2.1.5. Refus de signature du CPOM

Le forfait global unique relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie fait l'objet d'une minoration, pour sa composante « soins », en cas de refus du gestionnaire de signer le CPOM.

2.2. Les dispositions en matière de garantie de ressources des résidents :

La suppression de l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement (APAE) est sans incidence sur les garanties de ressources apportées aux résidents. La partie 3 ci-dessous rappelle quelles sont ces garanties.

3. Récapitulatif des différences du régime de financement expérimentateur avec le régime de droit commun :

Le tableau suivant récapitule, pour chaque catégorie d'acteur les implications de l'expérimentation :

		Ce qui change (à partir du 1er juillet 2025)	Ce qui ne change pas (prise en compte selon les mêmes modalités qu'auparavant sauf indication contraire)
Départements expérimentateurs	Suppression de l'APAE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Suppression des prestations individuelles d'APAE (1) ✓ Plus de versement du forfait global afférent à la dépendance aux EHPAD et USLD, pour l'hébergement permanent 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Traitement des demandes individuelles d'APAE des ressortissants accueillis dans un département-non expérimentateur (1) ✓ Financement de l'AJ/AT relevant toujours de la compétence du département, selon des modalités de poursuite à sa discrétion ✓ Tarification de la partie hébergement ✓ A titre transitoire : prise en charge des coupes AGGIR la première année de l'expérimentation (2)
	Contractualisation	✓ Le département peut rester signataire du CPOM des EHPAD relevant de l'article L. 342-1 du CASF - il doit en infirmer l'ARS le cas échéant	
Autres départements	Suppression de l'APAE des départements expérimentateurs	✓ Plus aucuns tarifs journaliers au titre de leurs ressortissants accueillis dans des départements expérimentateurs ne sont dus (3)	✓ Hormis les tarifs journaliers dus au titre ressortissants accueillis dans des départements expérimentateurs, aucun changement sur le traitement des demandes d'APAE ou le financement de la dépendance
Établissements concernés par l'expérimentation	FGU (cf détail du calcul en partie II)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Modulation du FGU en fonction de l'atteinte des objectifs du CPOM et de l'existence de surcoûts liés au lien d'implantation ✓ FGU pouvant comprendre des dépenses de prévention ✓ Établissements nouvellement créés : utilisation du niveau de dépendance moyen national établi par la CNSA (et non plus départemental) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prise en compte des évaluations des besoins en soins requis (coupes PATHOS) et de la perte d'autonomie (coupes AGGIR) dans le niveau de financement ✓ Modulation possible du FGU en fonction de l'activité ✓ Minoration de la composante "Soins" du FGU en cas de refus de la signature du CPOM ✓ Choix de l'option tarifaire (tarif partiel avec ou sans PUI versus tarif global avec ou sans PUI) ✓ Déclarations fiscales des établissements soumis au régime de TVA (4)
	Suppression de l'APAE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aucune facture émise à des départements tiers pour l'accueil de leurs ressortissants (cf. détail au II.) ✓ Aucun dossier de demande individuelle d'APAE à remplir pour le compte des résidents ✓ Modalités de participation des résidents simplifiées (cf. partie II) 	
	Information financière	✓ Deux colonnes spécifiques au FGU ajoutées dans le tableau d'annexe financière et le TPER (5)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aucune évolution des nomenclatures comptables liées à l'expérimentation ✓ ERRD 2024 inchangé
Autres établissements		Aucun changement	
Résidents des établissements expérimentateurs	Résidents bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement (ASH)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Le montant forfaitaire fixé par arrêté (cf. ci-dessus) s'applique à tous les résidents, quel que soit l'âge et le classement selon la grille AGGIR, et que cette participation soit prise en charge par l'ASH ou pas ✓ Possibilité de prise en charge de la participation forfaitaire par l'aide sociale à l'hébergement (quel que soit l'âge) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A titre transitoire, maintien de la participation antérieure si inférieure à la participation forfaitaire (cf. 1.3) ✓ Tarif relatif à l'hébergement, qu'il soit acquitté par le résident ou couvert par l'ASH ✓ Spécifiquement concernant les bénéficiaires de l'ASH (6) : <ul style="list-style-type: none"> - Maintien des garanties de ressources - Poursuite de la prise en charge par l'ASH sans déposer de nouveaux dossiers de demande du bénéficiaire de l'ASH
Résidents des autres établissements		Aucun changement	
ARS concernées par l'expérimentation	Dotations régionales limitatives	✓ Intégration des montants relatifs à l'entretien de l'autonomie (anciennement dépendance)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Financements octroyés dans le cadre des campagnes budgétaires habituelles ✓ Financements pouvant être octroyés en plusieurs fois
	FGU	✓ Fixation du FGU et du montant à verser par la branche Autonomie selon les modalités décrites dans la présente annexe, pour la partie relative à l'hébergement permanent	✓ Financements complémentaires au titre du soin
	Financement accueil de jour/hébergement temporaire (AJ/HT)	✓ Données relatives aux résultats de l'équation tarifaire dépendance à transmettre aux départements (pour l'AJ/HT) (7)	✓ Financements relatifs à l'AJ/HT au titre du soin préexistants à l'expérimentation
	Coupes PATHOS	Aucun changement (8)	
	Coupes AGGIR	✓ Reprise progressive des coupes (8)	
	Contractualisation	✓ Si le département n'a pas fait connaître son intention d'être signataire, le CPOM est bipartite (ARS/gestionnaires) pour les établissements relevant de l'article L. 342-1 du CASF (9)	

(1) Le processus de traitement des demandes est simplifié (cf. tableau) : l'instruction d'un dossier APA établissement pour les résidents accueillis dans le département ou dans un autre département expérimentateur n'est plus nécessaire. A ce titre, les établissements n'ont plus à faire remplir un dossier de demande d'APA en établissement pour les résidents admis à partir du 1^{er} juillet 2025.

Cette instruction reste nécessaire, au titre du domicile de secours, dans le cas où la personne est accueillie dans un EHPAD implanté dans un département non-expérimentateur.

Une attention particulière doit être portée aux situations de fin de droits ouverts à l'APA à domicile pour toute personne entrant en EHPAD. Avant l'expérimentation, la bascule de l'APA à domicile vers l'APAE était réalisée au sein du département, compétent sur pour ces deux prestations. Dans le cadre de l'expérimentation, le coût relatif à l'entretien de l'autonomie du résident entrant en établissement, bascule du département, via l'APA à domicile, vers l'ARS, via le FGU. Il est donc attendu des établissements qu'ils communiquent les informations relatives à toute nouvelle entrée aux départements dont ils relèvent. Autant que possible, il peut être également recommandé que les ARS et les départements partagent régulièrement

leurs listes respectives de résidents affiliés à la sécurité sociale et de bénéficiaires des prestations individuelles d'APA.

(2) Pour rappel, les départements se sont engagés à apporter leur soutien à vos équipes, pour leur permettre une montée en charge sur ce sujet (cf. tableau).

(3) La suppression de l'APAE dans les départements expérimentateurs s'applique indirectement aux départements non-expérimentateurs au titre du domicile de secours lorsque le département d'accueil participe à l'expérimentation.

Dans ce cas, il n'est plus nécessaire d'instruire un dossier d'APAE et aucune facturation au titre de la dépendance ne sera adressée au département domicile de secours (hormis le cas où la participation journalière forfaitaire aux dépenses d'entretien de l'autonomie devrait être couverte par l'aide sociale à l'hébergement).

(4) Pour les établissements soumis au régime de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA), la décision tarifaire de l'ARS distingue une composante « soins » et une composante « entretien de l'autonomie » permettant les déclarations fiscales.

(5) Les documents constitutifs de l'état des prévisions de recettes et de dépenses, qui sera à transmettre pour l'exercice 2025 aux autorités de tarification⁵, ne contiennent pas d'évolution liée à la création du FGU, **excepté** :

- Le tableau d'annexe financière⁶ ;
- Le tableau prévisionnel des effectifs rémunérés⁷.

Deux colonnes relatives aux FGU sont créées, afin d'y saisir la consolidation des charges et des produits, équivalents temps plein (ETP) ou rémunérations afférents aux anciennes parties « Soins » et « Dépendance ». Les établissements concernés par l'expérimentation ne remplissent que les colonnes relatives au FGU et ne remplissent pas les colonnes relatives respectivement à la partie « Soins » et « Dépendance ».

Le cas échéant, les établissements sont invités à se reporter aux consignes de remplissage éditées par la CNSA et disponibles via la page « Aide » des applications.

Les documents constitutifs de l'état réalisé des recettes et des dépenses, qui sera à transmettre aux autorités de tarification pour l'exercice 2025⁸, ne contiennent pas d'évolution liée à la création du FGU.

(6) La participation journalière forfaitaire aux dépenses d'entretien de l'autonomie peut être prise en charge au titre de l'aide sociale à l'hébergement.

Le minimum de ressources mensuelles laissé à la disposition des personnes bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement accueillies dans ces établissements à 10%, de leurs ressources, représentant au moins un centième du montant annuel de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), conformément aux dispositions législatives et réglementaires de droit commun.

Les personnes en situation de handicap accueillies dans ces établissements conservent un minimum de 10% de l'ensemble de leurs ressources mensuelles représentant au moins 30% du montant mensuel de l'allocation aux adultes handicapés conformément aux dispositions législatives et réglementaires de droit commun.

Ces minima sont majorés dans les conditions de droit commun, en fonction notamment de la situation matrimoniale de ces résidents.

⁵ Transmission via la plateforme ImportEPRD, déployée par la CNSA.

⁶ Annexe 5A de l'arrêté du 27 décembre 2016, modifié par les arrêtés du 18 juin 2018, du 15 décembre 2020 (NOR : SSAA2030779A) et du 25 novembre 2022.

⁷ Annexe 6A de l'arrêté du 27 décembre 2016, modifié par l'arrêté du 18 juin 2018.

⁸ Transmission via la plateforme ImportERRD, déployée par la CNSA.

Si l'ancien talon GIR 5/6 était remboursé en tout ou partie par le département au titre de l'aide sociale à l'hébergement, la nouvelle participation financière aux dépenses d'entretien de l'autonomie est couverte dans les mêmes conditions, sans qu'il soit nécessaire de déposer une nouvelle demande d'admission au bénéfice de l'aide sociale.

Dans ce cas, l'établissement substitue la nouvelle participation dans la facture envoyée au département. Il est recommandé d'accompagner cette facturation d'un courrier avec la mention suivante : « Conformément au E de l'article 79 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, la nouvelle participation forfaitaire se substitue à l'ancienne participation qui était facturée au titre de l'APAE ».

(7) Les ARS ne fixent les financements au titre de l'entretien de l'autonomie que pour l'activité d'hébergement permanent. Les départements expérimentateurs restent compétents pour financer des modes d'accueil alternatifs (notamment l'hébergement permanent et l'accueil de jour) au titre de l'APA à domicile.

A ce titre, les ARS communiquent aux départements expérimentateurs les données concernant les résultats de l'équation tarifaire afférente à la dépendance, qui sont parfois utilisées pour déterminer des prix de journée pour ces modes d'accueil.

(8) Aucune remontée de données en plus de celles qui sont validées dans l'application GALAAD n'est à organiser spécifiquement. Si de telles remontées étaient mises en œuvre par les départements expérimentateurs, avant le démarrage de l'expérimentation, elles ne seront pas poursuivies.

(9) Pour les CPOM déjà signés, le directeur général de l'ARS reprend pour le compte de l'Etat les engagements qui avaient pu être pris au titre du financement de la dépendance, à l'exception de ceux relatifs à la pluri-annualité budgétaire ou rattachables à l'hébergement.

II. Les implications en matière de tarification de ces établissements dans le cadre de la campagne budgétaire

1) Proratization des montants pris en charge par la branche autonomie au titre de 2025

La date d'entrée en vigueur de l'expérimentation est le 1^{er} juillet 2025. Dès lors, les niveaux de crédits présentés dans la présente instruction sont tous proratisés avec effet à mi-année. Aucun financement relatif à la dépendance et émanant d'éventuelles décisions de tarification ou autorisation portant sur la période du 1^{er} janvier 2025 au 30 juin 2025 ne sera pris en compte par la branche autonomie.

2) Le FGU brut applicable du 1^{er} janvier 2025 au 31 décembre 2025

Le FGU est fixé de la manière suivante :

Forfait global unique (FGU) brut =

Résultat de l'équation tarifaire relative aux soins (A)

+ Résultat de l'équation tarifaire relative à l'entretien de l'autonomie (B)

+ financements complémentaires (C)

A) Résultat de l'équation tarifaire relative aux soins

Le détail de l'équation tarifaire relative aux soins est rappelé en partie I. Il s'agit du calcul habituel, sans changement, hormis les revalorisations liées à l'augmentation des valeurs de point (tarif partiel avec ou sans pharmacie à usage intérieur (PUI), tarif global avec ou sans PUI) et au taux d'actualisation retenu pour 2025.

Les modalités de prise en compte des coupes PATHOS étant inchangées, seules celles validées avant le 30 juin 2024 sont prises en compte pour calculer le composante « Soins » du FGU des EHPAD et PUV⁴ concernés par l'expérimentation.

Le résultat de l'équation tarifaire relative aux soins est donc strictement égal au montant qu'aurait fixé l'ARS, en l'absence d'expérimentation. Les valeurs de point GMPS sont rappelées dans **l'annexe 1** de la présente instruction.

B) Résultat de l'équation tarifaire relative à la dépendance

Le détail de l'équation tarifaire relative à l'entretien de l'autonomie est rappelé en partie I. Il correspond au calcul de l'ancienne partie dépendance, devenue la composante « Entretien de l'autonomie » du FGU.

Au titre de l'année 2025, à compter du 1^{er} juillet, les paramètres retenus pour le calcul du résultat de l'équation tarifaire relative à l'entretien de l'autonomie sont les suivants :

- La valeur de point GIR départemental des départements expérimentateurs est fixée à 7,84 €. Cette valeur correspond au troisième quartile de la distribution nationale des valeurs de point GIR constaté en 2024, ce qui permet d'entamer une convergence à la hausse des valeurs départementales, pour réduire les disparités territoriales de financement constatées sur la dépendance.
La valeur de point GIR de 7,84 € ne s'applique que si elle est supérieure à la valeur de point GIR applicable en 2024. Ainsi :
 - Si la valeur de point GIR du département arrêtée au titre de 2024 est inférieure ou égale à 7,84 €, alors la valeur de point GIR applicable en 2025 est 7,84 € ;
 - Si la valeur de point GIR du département arrêtée au titre de 2024 est supérieure à 7,84 €, alors la valeur de point GIR applicable en 2025 est égale à la valeur de point GIR arrêtée au titre de 2024.
- Le niveau de dépendance⁹ retenu correspond à la coupe AGGIR validée avant le 30 juin 2024, dans l'application GALAAD déployée par la CNSA, conformément à l'article R.314-170-2 du CASF, qui reste applicable dans les mêmes conditions aux établissements concernés par l'expérimentation.

Pour le calcul des deux équations décrites aux A) et B) ci-dessus, le nombre de places nouvelles ou réouvertes au cours de l'année 2025 sont bien prises en compte, selon les méthodes de proratisation habituelle en fonction de la date d'installation prévisionnelle. Le coût de ces places éventuellement constaté au cours du premier semestre 2025 est de la seule compétence du département et n'est pas inclus dans le FGU au 1^{er} juillet 2025.

Lors de la préparation du déploiement de l'expérimentation, certaines pratiques de remontées de données hors GALAAD ont été constatées dans certains départements, par exemple afin de retenir des coupes plus récentes.

Ces remontées de données sont extra-réglementaires et incompatibles avec le processus de détermination des crédits relevant de la branche Autonomie. Dès lors, les crédits relatifs à la composante « Entretien de l'autonomie » du FGU sont fixés en fonction des règles en vigueur. Aucune remontée hors de l'application GALAAD ne sera donc mise en œuvre.

Cependant, les crédits supplémentaires octroyés aux établissements par les départements expérimentateurs, par majoration de l'équation tarifaire, relèvent d'un effort continu des départements pour soutenir le financement des EHPAD, d'autant plus dans un contexte de

⁹ Il s'agit du niveau de dépendance valorisé selon la colonne E de l'annexe 3-6 du CASF, sans changements par rapport à la situation précédant l'expérimentation.

difficulté financière importante du secteur. C'est pourquoi, les montants considérés sont basculés dans les financements complémentaires.

Enfin, la composante « Entretien de l'autonomie » du FGU concerne uniquement l'hébergement permanent. Les financements relatifs à l'hébergement temporaire et à l'accueil de jour relèvent de l'APA à domicile. Ils sont donc exclus du périmètre de l'expérimentation et restent de la compétence des départements. Si de tels financements étaient inclus dans le calcul de l'équation tarifaire avant l'expérimentation, ils ont été isolés et exclus du calcul du FGU. Les départements poursuivent le financement de ces places selon des modalités qu'ils déterminent, les pratiques les plus couramment observées étant la délégation de montants forfaitaires ou fondés sur les tarifs journaliers relatifs à la dépendance par GIR. C'est pourquoi il vous est recommandé de transmettre les données relatives aux résultats de l'équation tarifaire à vos interlocuteurs habituels au sein des départements (cf. supra).

C) Les financements complémentaires

Des financements complémentaires peuvent être ajoutés aux résultats des équations tarifaires décrites aux A) et B) ci-dessus.

Ils regroupent les anciens financements complémentaires relatifs aux soins et à la dépendance. Conformément au 1° de 1 du C de l'article 79 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, ces financements peuvent concerner notamment les modalités d'accueil particulières, la mission de centre de ressources territorial ou ceux qui sont définis dans le CPOM.

Les financements complémentaires accordés dans le cadre de l'ancienne partie « Soins », conformément à l'article R. 314-163 du CASF¹⁰ ont vocation à perdurer dans le cadre de l'expérimentation dans les mêmes conditions.

En outre, ces financements incluent désormais les anciens financements complémentaires auparavant inclus dans le forfait global afférent à la dépendance. Ces derniers n'étaient pas encadrés réglementairement comme ceux prévus dans le forfait global de soins.

Ils devaient toutefois financer des actions liées à la dépendance, à la prévention et à la compensation de la perte d'autonomie des résidents et étaient recommandés pour la couverture des financements liés à l'accueil temporaire¹¹.

Notamment, conformément au deuxième alinéa de l'article R. 314-163 du CASF, les financements relatifs à l'emploi de psychologues dans les pôles d'activités et de soins adaptés et les unités d'hébergement renforcé relèvent de ces financements complémentaires.

Là encore, les financements qui étaient octroyés dans le cadre décrit ci-dessus ont vocation à perdurer. Ils sont repris dans le périmètre de compétence de l'ARS, hormis le financement des places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour. En outre, comme indiqué supra, les

¹⁰ Ces financements complémentaires concernent :

- Les prestations relatives aux modalités d'accueil temporaire ;
- Les frais de transport entre le domicile et l'établissement des personnes bénéficiant d'un accueil de jour ;
- Des actions de prévention et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;
- Des actions liées au développement des parcours de santé et d'autonomie coordonnés et des modes d'exercice favorisant échanges de pratiques et coopération ;
- Des actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge des résidents ;
- Des opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements ;
- Des actions spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité ou de handicaps
- Les prestations relatives aux modalités d'accueil expérimentales ou autorisées dans le cadre d'appels à projet à caractère innovant ;
- Des mesures prises pour renforcer l'attractivité de l'exercice des professions.

¹¹ Cf. Instruction N° DGCS/SD5C/2017/123 du 7 avril 2017 relative à la mise en œuvre des dispositions du décret relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du CASF.

éventuelles majorations d'équation tarifaire pratiquées par certains départements expérimentateurs, sont intégrées aux financements complémentaires le cas échéant.

3) Le montant à la charge de la branche Autonomie

Le FGU fixé selon les modalités décrites au 2) est couvert par un financement de la branche Autonomie ainsi que par une participation des résidents.

Le montant effectivement versé par les organismes payeurs de l'Assurance maladie aux établissements correspond au solde entre le calcul du FGU brut et les participations acquittées par les résidents. Ce montant est calculé de la manière suivante :

$$\begin{aligned} & \text{FGU pris en charge par la branche Autonomie (net)} = \text{FGU brut (D)} \\ & \quad - \text{Produits prévisionnels relatifs aux participations des résidents (E)} \\ & - \text{tarifs journaliers des résidents non affiliés à un régime obligatoire de base de la} \\ & \quad \text{sécurité sociale et ne bénéficiant pas de l'aide médicale notamment (F)} \end{aligned}$$

D) Le FGU brut

Il s'agit du FGU calculé selon les modalités décrites au 2) ci-dessus.

E) La participation forfaitaire des résidents, applicable à compter du 1^{er} juillet 2025

Cette participation est fixée à 6,10 € par jour et par résident au 1^{er} juillet 2025 (cf. partie I.). Elle s'applique à tous les résidents des EHPAD et PUV¹² implantés dans les départements expérimentateurs, uniformément, quel que soit leur âge ou leur classement selon la grille AGGIR.

De ce fait, cette participation forfaitaire remplace :

- i) Le talon GIR 5/6 acquitté par tous les résidents et correspondant au tarif journalier afférent à la dépendance applicable aux résidents classés dans les groupes 5 et 6 de la grille AGGIR, calculé selon les dispositions de l'article R. 314-172 du CASF. Comme indiqué supra, aucun résident ne voit sa participation augmenter au 1^{er} juillet 2025¹³. Dans les établissements dont le talon GIR 5/6 est inférieur à 6,10 € au 1^{er} juillet 2025, la nouvelle participation forfaitaire s'applique donc uniquement aux nouveaux entrants à compter de cette date. Le montant de participation s'établit comme suit :
 - Si le résident acquittait un talon GIR 5/6 avant le 1^{er} juillet 2025 inférieur à 6,10 €, le montant antérieur est conservé.
 - Si le résident acquittait un talon GIR 5/6 avant le 1^{er} juillet 2025 supérieur à 6,10 €, le montant applicable à compter de cette date est ramené à 6,10 €. Cette baisse de participation des résidents est automatiquement compensée par le forfait à la charge de la branche Autonomie.
- ii) La participation en fonction des ressources, au-delà du talon GIR 5/6, qui est supprimée. La baisse de participation des résidents concernée est automatiquement compensée par le forfait à la charge de la branche Autonomie.

¹² Uniquement celles tarifées au GMPS

¹³ En dehors des dispositions contractuelles déjà prévues par ailleurs.

- iii) La partie relative à la dépendance du prix de journée de l'hébergement applicable aux résidents de moins de 60 ans¹⁴. Avant l'entrée en vigueur de l'expérimentation, ce tarif est encadré par l'article R. 314-188 du CASF, qui prévoit le calcul suivant :

Prix de journée de l'hébergement des résidents de moins de 60 ans (**hors expérimentation**) =

$$\frac{\text{Résultat de l'équation tarifaire afférente à la dépendance avant déductions des participations}}{\text{Nombre de journées d'ouverture x capacité autorisée et financée}} + \text{Tarif moyen afférent à l'hébergement}$$

Dans le cadre de l'expérimentation, la formule de calcul du prix de journée de l'hébergement des résidents de moins de 60 ans devient :

$$6,10 \text{ €} + \text{Tarif moyen afférent à l'hébergement}$$

- iv) La participation des résidents non bénéficiaires de l'APAE, dans la mesure où cette prestation est supprimée dans les départements expérimentateurs. Cette baisse de participation des résidents est automatiquement compensée par le forfait à la charge de la branche Autonomie.

Compte tenu des i), ii), iii) et iv) ci-dessus, le produit prévisionnel relatif aux participations des résidents, déduit du FGU brut, est donc calculé de la manière suivante pour 2025 :

$$\text{Participation forfaitaire par jour par résident (6,10 € ou participation antérieur)} \times \text{nombre de journées prévisionnelles}$$

Le nombre de résidents concernés par une baisse ou un maintien de leur participation a été estimé sur la base des capacités des établissements concernés par l'expérimentation et des montants de talon GIR 5/6 arrêtés au titre de l'exercice 2025 et collectés auprès des départements expérimentateurs.

Le nombre de journées prévisionnelles a été estimé sur la base des nombres de journées annuels prévisionnels retenus par les départements expérimentateurs pour la tarification au titre de la dépendance sur le premier semestre 2025, et collectés auprès d'eux.

Votre attention est toutefois appelée sur la source des données utilisées pour réaliser cette estimation. L'article R.314-219 du CASF prévoit que les tarifs journaliers applicables sont déterminés sur la base des tableaux relatifs à l'activité prévisionnelle¹⁵ transmis au plus tard le 31 octobre de l'année qui précède l'exercice concerné. Ainsi, dorénavant, le produit relatif aux participations des résidents sera nécessairement estimé sur la base des informations saisies dans ces tableaux. Vous veillerez donc à analyser dès cette année la fiabilité de ces données pour les établissements qui relèvent de votre compétence.

Enfin, comme indiqué dans la partie I, les prestations individuelles d'APAE étant supprimées dans les départements expérimentateurs, la facturation de tarifs journaliers relatifs à la dépendance au titre des résidents ayant conservé leur domicile de secours dans d'autres départements, n'a plus lieu d'être.

¹⁴ Par construction, ces résidents ne peuvent pas être bénéficiaires de l'APA en établissement.

¹⁵ Tableau constituant une annexe obligatoire de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, conforme au modèle figurant à l'annexe 4A de l'arrêté du 27 décembre 2016 modifié par l'arrêté du 18 juin.

Le coût relatif à l'entretien de l'autonomie (remplaçant le coût relatif à la dépendance) de ces résidents est directement intégré dans le montant à la charge de la branche Autonomie, pour les EHPAD participant à l'expérimentation.

C'est pourquoi, contrairement au régime de financement antérieur à l'expérimentation, aucun tarif journalier relatif à la dépendance n'est à déduire du montant calculé au 1) en sus des participations des résidents.

F) Le tarif journalier dû par les résidents non affiliés à la sécurité sociale est fixé par le directeur général de l'ARS. En application de l'article 13 du décret n°2025-168 du 20 février 2025, ce tarif journalier est égal à la somme des résultats des équations décrites aux (A) et (B), divisée par le produit du nombre de jours d'ouverture et du nombre de places d'hébergement permanent autorisées et financées.

ANNEXE 5

ENQUETES 2025

Les enquêtes programmées pour l'exercice 2025 sont précisées dans la présente annexe. Leur calendrier de remontée et la qualité des données qu'elles contiennent doivent faire l'objet d'une attention toute particulière.

1. Enquêtes avec impact sur la délégation de crédits

Petites unités de vie (PUV)	
Cette enquête a pour objectif d'évaluer le besoin de financement pour 2026 de la médicalisation des petites unités de vie (PUV) (par dérogation du L.313-12-II du code de l'action sociale et des familles [CASF])	
Calendrier	2 échéances à retenir : ⇒ Juin 2025 : transmission par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) aux agences régionales de santé (ARS) d'un fichier de recensement des besoins tiré de l'application FINESS ; ⇒ 02/07/2025 : transmission par les ARS à la CNSA du fichier de recueil dument complété.
Référent(es)	CNSA - Direction du financement de l'offre nicolas.mollard@cnsa.fr stephanie.arzel@cnsa.fr
Tarif global	
Cette enquête a pour objectif d'évaluer le besoin relatif au changement d'option tarifaire vers le tarif global pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). En fonction de la maturité des projets remontés, ce recensement permettra de calibrer les besoins pour 2026.	
Calendrier	2 échéances à retenir : ⇒ Mai 2025 : transmission par la CNSA aux ARS d'un fichier de recensement des données tiré de SIDOBA Tarification ; ⇒ 04/07/2025 : transmission par les ARS à la CNSA du fichier de recueil dument complété.
Référent(es)	CNSA - Direction du financement de l'offre nicolas.mollard@cnsa.fr stephanie.arzel@cnsa.fr

Communautés 360 et facilitateurs

Cette enquête a pour objectif d'évaluer le montant qui serait à transférer de l'objectif global des dépenses (OGD) vers le fonds d'intervention régional (FIR) au titre de l'année 2026 si cette option était retenue dans le cadre de la publication du nouveau cahier des charges des C360 l'OGD et à rajouter dans le FIR pour l'année 2026.

Calendrier	2 échéances à retenir : ⇒ mai 2025 : transmission par la CNSA aux ARS d'un fichier de recensement des données tiré de SIDOBA Tarification ; ⇒ 18/06/2025 : transmission par les ARS à la CNSA du fichier de recueil dument complété.
Référent(es)	CNSA - Direction du financement de l'offre nicolas.mollard@cnsa.fr stephanie.arzel@cnsa.fr

2. Enquêtes sans impact sur la délégation de crédits

Réforme de la tarification EHPAD et fusion des sections

L'objectif de cette enquête est de recenser auprès des départements non-expérimentateurs de la fusion des sections les données nécessaires pour identifier les besoins de compensation des pertes sur la section dépendance dans une perspective de généralisation

Calendrier	2 échéances à retenir : ⇒ juin 2025 : transmission par la CNSA aux ARS d'un fichier de recensement des données tiré d'HAPI ; ⇒ 29/07/2025 : transmission par les ARS à la CNSA du fichier de recueil dument complété par les conseils départementaux (CD).
Référent(es)	CNSA - Direction du financement de l'offre nicolas.mollard@cnsa.fr stephanie.arzel@cnsa.fr

Enquête budgétaire 2025 (EB2025)

En complément des informations recensées dans l'outil HAPI/SIDOBBA & SEPPIA, l'enquête budgétaire (EB) 2025 vise à identifier la nature des crédits disponibles dans les dotations régionales limitatives (DRL) des ARS, en fin d'année. Elle intègre, aussi, un suivi de l'utilisation des financements complémentaires dédiés aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), en fonction des actions prévues par l'article R314-163-II du Code de l'action sociale et des familles (CASF). Enfin, elle dresse un état des crédits disponibles pour couvrir la programmation des installations de places nouvelles des ARS.

Calendrier (modification possible en fonction de la CB2)	<p>3 échéances à retenir :</p> <p>⇒ 8 décembre 2025 : lancement de la campagne ;</p> <p>⇒ 30 janvier 2026 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Validation de la tarification personnes âgées (PA)/personnes en situation de handicap (PH) ; ○ Validation de la programmation PA/PH concernant les installations à fin 2025. <p>⇒ 13 février 2026 : Validation de la programmation PA/PH concernant les installations 2026 et exercices suivants.</p>
Points de vigilance	Le respect du calendrier est indispensable, car ces remontées alimenteront les travaux relatifs à la construction de l'OGD N+1 et de ses DRL, ainsi qu'à la préparation des dialogues de gestion.
Réfèrent(es)	<p>CNSA - Direction du financement de l'offre</p> <p>TARIF : nicolas.mollard@cnsa.fr; stephanie.arzel@cnsa.fr; armand.crignou@cnsa.fr</p> <p>PROG PH/PA : isabelle.boilleau@cnsa.fr; sabrina.lahlal@cnsa.fr</p>

Prévision de consommation des DRL 2025

En complément des informations recensées dans l'outil HAPI/SIDOBBA & SEPPIA, cette enquête vise à estimer le niveau de consommation des dotations régionales limitatives (DRL) des ARS à fin d'année afin d'affiner les prévisions des consommations des objectifs globaux de dépense personnes âgées et personnes handicapées.

Calendrier	<p>2 échéances à retenir :</p> <p>⇒ 4 juillet 2025 : diffusion de l'enquête aux ARS par mail ;</p> <p>⇒ 28 juillet 2025 : date limite de retour des ARS.</p>
Réfèrent(es)	<p>CNSA - Direction du financement de l'offre</p> <p>christian.tekam@cnsa.fr</p>

Rapport d'orientation budgétaire (ROB)

En application du 5° de l'article R. 314-22-5 et de l'article R. 351-22 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), l'autorité de tarification doit être en mesure de présenter les orientations qu'elle a retenues dans le cadre de la répartition des crédits entre établissements et services médico-sociaux (ESMS), pour respecter le caractère limitatif des dotations.

L'objectif étant d'informer les ESMS, ainsi que leurs organismes gestionnaires, de la déclinaison régionale des orientations budgétaires nationales, mais aussi d'argumenter une présentation en défense, auprès d'un président de juridiction, en cas de contestation d'une décision de tarification.

Par ailleurs, le ROB permet d'observer les ajustements réalisés au niveau régional et de comprendre les spécificités de chaque territoire, qui, dans le cadre des dialogues de gestion, viennent nourrir les échanges entre ARS et administrations centrales (CNSA, Direction générale de la cohésion sociale [DGCS], Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales [SGMAS]).

Calendrier	Documents à transmettre par courriel au plus tard le 2 février 2026
Référent(es)	CNSA - Direction du financement de l'offre nicolas.mollard@cnsa.fr ; stephanie.arzel@cnsa.fr

Suivi des crédits FIR

Cette enquête a pour objectif d'assurer un suivi par la CNSA sur les crédits qu'elle a délégués dans le cadre du fonds d'intervention régional (FIR) en 2024 : centres régionaux d'études, d'actions et d'information (CREAI), groupes d'entraide mutuelle (GEM) - CEISP, méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA)/dispositifs d'appui à la coordination (DAC), système d'information Suivi des orientations (SISDO), habitat inclusif. Ces travaux seront utiles pour préparer les chiffres-clés des dialogues de gestion ainsi que la contribution de la CNSA au rapport annuel du FIR. Elle est pré remplie par la CNSA à partir d'une extraction d'HAPI. Il est demandé une confirmation des éléments chiffrés et des éléments qualitatifs sur l'usage des crédits.

Calendrier	2 échéances à retenir : ⇒ Mars 2026 : diffusion de l'enquête préremplie par la CNSA ; ⇒ Avril 2026 : ○ Validation onglets CRAI, GEM - CEISP, MAIA/DAC, SISDO.
Référent(es)	CNSA – Direction du financement de l'offre stephanie.arzel@cnsa.fr

Enquêtes concernant l'offre de répit renforcée par le déploiement de la stratégie des aidants 2023-2027

Il s'agira de réaliser des coupes périodiques sur les données de programmation, nécessaires au pilotage du déploiement de la stratégie.

A cette fin, les données saisies dans l'application SEPPIA feront l'objet de trois « coupes » prévues, et si nécessaires de coupes intermédiaires. Ces coupes nécessiteront que l'application SEPPIA ait été correctement et complètement renseignée en amont.

Exploitations	<p>Dates des coupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 27 juin 2025 ; - 7 novembre 2025 ; - Début février 2026 (date de validation de l'enquête budgétaire 2025).
Personnes référentes	<p>CNSA - Pôle « prévention et appui à la transformation » diane.genet@cnsa.fr lucas.cinquin@cnsa.fr</p>

Evaluation des missions de centres de ressources territoriaux (CRT)

Cette enquête a pour objectif d'évaluer le déploiement des centres ressources territoriaux (CRT) dans les territoires. Il s'agit également de recueillir les grandes caractéristiques du fonctionnement de cette offre afin de mieux l'évaluer et de poursuivre son renforcement dans les années à venir. Le recueil d'indicateurs de suivi est réalisé en application de l'instruction n° DGCS/SD3A/2022/113 du 15 avril 2022 relative à l'appel à candidatures portant sur le déploiement de la mission de centre de ressources territorial pour les personnes âgées.

Les indicateurs d'activité ont été travaillés en groupe de travail avec les ARS. Sa version finale a été présentée en réunion thématique le 18 mars 2025, et transmise aux ARS à l'issue.

Le 6 mai 2025, en réunion thématique, ont été présentés aux ARS, l'outil de collecte et les modalités de recueil et une version revue des indicateurs attendus pour le recueil de cette année.

Calendrier	Remontée de l'enquête : période de juin à septembre 2025 (sous réserve)
Réfèrent(es)	<p>CNSA – Pôle « appui et organisation de l'offre » organisation@cnsa.fr</p>

ANNEXE 6

**LES SYSTEMES D'INFORMATION POUR LE SUIVI DE LA PROGRAMMATION
ET DE L'ALLOCATION DE RESSOURCES**

Cette annexe présente l'organisation des systèmes d'Information (SI) utilisés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Elle comporte, notamment, **des précisions** quant aux modalités d'extraction des données par la CNSA et leur **utilisation à des fins décisionnelles**. L'utilisation de ces SI est donc impérative, et la fiabilité des données renseignées impacte les enveloppes déléguées aux agences régionales de santé (ARS).

SIDOBA (flux de tarification)	
<p>Système d'information partagé d'aide à la tarification des établissements et services médico-sociaux (ESMS) et de suivi du déroulé des campagnes budgétaires, SIDOBA (flux de tarification) vise à outiller le processus d'allocation de ressources aux ESMS et à permettre un dialogue budgétaire entre les ARS et le niveau national.</p> <p>Son objectif est :</p> <ul style="list-style-type: none"> • D'harmoniser les pratiques et d'automatiser la production des décisions tarifaires ; • D'optimiser la gestion des dotations régionales ; • De faciliter le pilotage régional / national ; • D'assurer le partage et la traçabilité de l'information ; • De réaliser un suivi en temps réel de l'avancée de la campagne. 	
Actualités	<p>Dans le cadre de la campagne budgétaire 2025, il est demandé aux ARS d'utiliser la signature qualifiée via l'utilisation de l'application Fast-parapheur de manière impérative au plus tard pour la dernière campagne de transmission des décisions tarifaires aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), fin 2025.</p> <p>De plus, un contrôle automatique du non-dépassement des dotations régionales limitatives (DRL) allouées par la CNSA à chaque ARS en 2024 est maintenu en 2025.</p> <p>Dans le cadre de l'expérimentation de la fusion des sections, des modèles de décisions tarifaires spécifiques seront mis à disposition des ARS concernées afin de prendre en compte cette particularité.</p>
Calendrier	<ul style="list-style-type: none"> • 22/05/2025 : groupe de travail organisé par la CNSA pour présenter aux ARS les règles de remplissage de SIDOBA (flux de tarification) dans le cadre de la campagne 2025 ; • 09/07/2025 : extraction des données des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (groupe iso-ressources moyen pondéré [GMP], pathos moyen pondéré [PMP], capacité, option tarifaire, dotation) pour calibrer le niveau des crédits nécessaires à la résorption des écarts au plafond en N+1, dans le cadre de la construction de l'objectif global de dépenses (OGD) suivant. • 01/12/2025 : recensement des données de tarification de l'année N, pour permettre le pré-remplissage de l'enquête budgétaire 2025 et engager les travaux de clôture de campagne ; • 16/02/2026 : extraction des données fiabilisées de tarification de la campagne 2025 et recensement des données EHPAD (capacité, option tarifaire, dotation) pour affiner le niveau des

	crédits nécessaires à la résorption des écarts au plafond de l'équation tarifaire cible.
Points de vigilance	<p>Cet outil doit être renseigné au fil de l'eau. L'utilisation du fichier d'import Excel, incontournable avec le déploiement de SIDOBA, ne remet pas en cause ce principe. La CNSA peut être amenée à réaliser des extractions complémentaires tout au long de l'année. Des contrôles de cohérence seront notamment réalisés dès l'été.</p> <p>La saisie des données concourant au calcul de l'équation tarifaire des EHPAD (GMP, PMP, capacité installée) doit faire l'objet d'un travail de fiabilisation particulier.</p> <p>Enfin, les derniers ESMS tarifés en prix de journée (PJ) devront dès cette année être tarifés en PJ globalisé.</p> <p>Les données de tarification renseignées dans SIDOBA doivent correspondre aux données indiquées dans les différentes décisions tarifaires.</p> <p>Il est également rappelé aux utilisateurs la nécessité de se référer au guide utilisateur avant toute sollicitation de la CNSA et, le cas échéant, contacter le support.</p>
Référent(es)	<p>CNSA - Direction du financement de l'offre</p> <p>SIDOBA : armand.crignou@cnsa.fr</p>

SEPPIA

Suivi de l'exécution et de la programmation pluriannuelle des installations et autorisations

L'objectif de ce SI est d'assurer le recensement et le suivi de la programmation de création et de transformation de l'offre sur une période de 5 ans.

Il permet plus particulièrement :

- De suivre la réalisation des plans nationaux au titre des personnes âgées (PA) et des personnes en situation de handicap (PH) ;
- D'avoir une visibilité sur les prévisions d'autorisation et d'installation des ARS ;
- De calibrer le niveau des crédits de paiement nécessaires aux installations prévues en N+1 pour lesquels il est demandé une vigilance accrue ;
- De formaliser des données ayant vocation à être publiées dans le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) et transmises aux différentes instances dont les tutelles.

Dans le cadre de l'évolution de l'offre médico-sociale et, plus particulièrement, de ses transformations et de son adaptation à la diversité des besoins, des réflexions sont menées quant à l'évolution de l'application pour le suivi de l'exécution et de la programmation des installations et des autorisations SEPPIA.

L'ensemble des données transmises par les ARS à travers les rapports BO SEPPIA (synthèses PA et PH, listes des actions d'autorisation, d'installation et de programmation) doivent être conformes à leurs programmations réelles particulièrement en année N+1.

La CNSA réalisera différentes actions de contrôle des données inscrites dans l'application afin de garantir l'équilibre des plans.

Calendrier	<ul style="list-style-type: none"> • 01/04/2025 : extraction SEPPIA pour transmission des données CNH à la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) • 22/05/2025 : groupe de travail organisé par la CNSA pour présenter aux ARS les règles de remplissage de SEPPIA dans le cadre de la campagne 2024 ; • 01/07/2025 : extraction SEPPIA pour le recensement des prévisions d'installation N+1 pour calibrer le niveau prévisionnel des crédits de paiement N+1 et transmission des données de la Conférence nationale du handicap (CNH) à la DGCS ; • 06/10/2025 : extraction SEPPIA pour contrôle de cohérence ; et transmission des données CNH à la DGCS • 01/12/2025 : recensement des données d'installation effectives de l'année N, pour permettre le pré-remplissage de l'enquête budgétaire 2024 et dresser le bilan d'engagement des plans nationaux ; • 23/02/2026 : recensement des prévisions d'installation 2026 pour calibrer le niveau réel des crédits de paiement 2026 pour contrôle final à l'issue des enquêtes budgétaires ; • 27/02/2026 : extraction pour données définitives et bilan des financements de l'offre.
Points de vigilance	<p>Il est rappelé que le remplissage au fil de l'eau de l'outil SEPPIA et la mise à jour des fiches est indispensable pour calibrer au plus juste les besoins de crédits de paiements d'une part, et fournir des données de bilans fiables d'exécution des plans d'autre part.</p> <p>Fin février 2026, les données renseignées dans SEPPIA pour les installations prévisionnelles 2026 doivent être totalement fiabilisées pour la campagne tarifaire. Cette mise à jour au fur et à mesure simplifie également grandement le travail de fiabilisation opéré lors des enquêtes budgétaires.</p> <p>Comme pour SIDOBA, il est demandé aux utilisateurs de consulter le guide utilisateur avant de solliciter les équipes de la CNSA.</p>
Référent(es)	<p>CNSA - Direction du financement de l'offre</p> <p>sabrina.lahlal@cnsa.fr</p> <p>isabelle.boilleau@cnsa.fr</p>

ImportERRD – Remontée des états réalisés des recettes et des dépenses

En application de l'arrêté du 22/12/2016, tous les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et petites unités de vie (PUV), ainsi que les établissements et services médico-sociaux (ESMS) pour personnes en situation de handicap (PH) sous compétence exclusive ou conjointe des agences régionales de santé (ARS), les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)/services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) et les accueils de jour autonomes ayant déjà conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) (ou un avenant) avant le 01/01/2024 auront à transmettre leur état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD) au titre de l'exercice 2024, sous forme dématérialisée, à l'aide de l'application déployée par la CNSA.

La date limite réglementaire de dépôt est le 30 avril 2025 pour tous les organismes gestionnaires autres que les établissements publics de santé (EPS), et le 8 juillet 2025 pour les EPS.

L'objectif de ce SI est de structurer la transmission des données de nature à permettre à l'ARS, et au conseil départemental (CD)/Métropole le cas échéant, d'étudier les ERRD et de constituer une base de données permettant des analyses pluriannuelles.

Des données comptables et financières collectées via cette application seront injectées dans le tableau de bord de la performance afin d'éviter une double saisie aux ESMS.

Enjeux de fiabilisation et de qualité des données :

L'exhaustivité et l'exactitude des informations saisies dans les documents de l'ERRD sont des enjeux majeurs communs aux organismes gestionnaires d'ESMS, aux autorités de tarification et, plus généralement, à l'ensemble des utilisateurs des données collectées à l'aide des applications de la CNSA.

Une vigilance particulière est à porter aux données relatives aux équivalents temps plein (ETP) et rémunérations des ESMS, qui sont retracées dans les tableaux des effectifs et des rémunérations.

La fiabilisation de ces données est d'autant plus nécessaire que ces dernières sont utilisées de façon croissante pour produire des analyses, répartir des crédits et chiffrer le montant de certaines aides, et qu'elles ont vocation à être injectées dans le tableau de bord de la performance

Enfin, il est demandé aux utilisateurs de se référer prioritairement aux guides utilisateurs et aides aux remplissage avant de solliciter la CNSA. En cas de besoin, il convient de contacter le support applicatif.

Calendrier	<ul style="list-style-type: none"> • 14 mars 2025 : ouverture de la plateforme aux ESMS concernés ; • Mi-mai et mi-juillet 2025 : extraction des données pour exploitation dans le cadre des travaux de la Direction du financement de l'offre (DFO) de la CNSA ; • Début septembre 2025 : extraction des données pour exploitation et alimentation du tableau de bord de la performance et de l'outil « Situation financière des ESMS ».
Référent(es)	CNSA - Direction du financement de l'offre charlotte.desplanques@cnsa.fr jacques.jehanno@cnsa.fr

ImportEPRD – Remontée des états des prévisions de recettes et des dépenses

En application de l'arrêté du 22 décembre /2016, tous les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et petites unités de vie (PUV), ainsi que les établissements et services médico-sociaux (ESMS) pour personnes en situation de handicap (PH) sous compétence exclusive ou conjointe des agences régionales de santé (ARS), les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)/services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) et les accueils de jour autonomes ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) (ou un avenant) avant le 01/01/2025 auront à transmettre leur état prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD) au titre de l'exercice 2025, sous forme dématérialisée, à l'aide de l'application déployée par la CNSA. L'objectif de ce SI est de :

- Structurer la transmission des données de nature à permettre à l'ARS, et au CD/Métropole le cas échéant, de valider les EPRD dans les délais impartis et de constituer une base de données permettant des analyses pluriannuelles ;

<ul style="list-style-type: none"> Collecter les informations relatives à l'activité « Creton » et au montant facturé aux conseils départementaux (CD) au titre de l'accueil de jeunes adultes handicapés bénéficiaires de l'article L. 242-4 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) (dits « Amendements Creton »), qu'ils relèvent d'un EPRD ou d'un budget prévisionnel (BP). <p>Enfin, il est demandé aux utilisateurs de se référer prioritairement aux guides utilisateurs et aides aux remplissage avant de solliciter la CNSA. En cas de besoin, il convient de contacter le support applicatif.</p>	
Calendrier	<ul style="list-style-type: none"> Janvier 2025 : remontée des annexes relatives à l'activité « Creton » 2024 des ESMS relevant d'un EPRD ou d'un BP ; Mai 2025 : ouverture du service pour le dépôt de l'EPRD 2025 ; Octobre 2025 : remontée des annexes relatives à l'activité prévisionnelle des ESMS relevant d'un EPRD (EPRD 2026).
Référent(es)	CNSA - Direction du financement de l'offre charlotte.desplanques@cnsa.fr jacques.jehanno@cnsa.fr

ImportCA – Remontée des comptes administratifs et des budgets exécutoires

En application de l'arrêté du 05 septembre 2013 relatif à la transmission des propositions budgétaires et des comptes administratifs (CA), les établissements et services médico-sociaux (ESMS) déposeront leur CA sur l'application ImportCA. Sont concernés les ESMS pour personnes âgées (PA) (accueil de jour [AJ], services de soins infirmiers à domicile [SSIAD], etc.) et les ESMS pour personnes en situation de handicap (PH) (instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques [ITEP], maison d'accueil spécialisées [MAS], instituts médicoéducatifs [IME], services d'éducation spéciale et de soins à domicile [SESSAD], etc.), recevant un financement exclusif de l'assurance maladie ou un financement conjoint de l'Assurance maladie et du conseil départemental (CD).

L'objectif de ce SI est :

- De structurer la constitution de bases de données de nature à permettre à l'ARS et à la CNSA de travailler sur les coûts de fonctionnements des ESMS ;
- De permettre le calcul d'indicateurs de comparaisons servant d'aide à la décision (coûts, activité, masse salariale, structure budgétaire, résultats repris...) ;
- De constituer une base de données permettant des analyses pluriannuelles.

Enjeux de fiabilisation et de qualité des données

L'exhaustivité et l'exactitude des informations saisies dans les fichiers constituant votre CA sont des enjeux majeurs communs aux organismes gestionnaires d'ESMS, aux autorités de tarification et, plus généralement, à l'ensemble des utilisateurs des données collectées à l'aide des applications de la CNSA.

Une vigilance particulière est à porter aux données relatives aux équivalents temps plein (ETP) et rémunérations des ESMS, qui sont retracées dans les tableaux des effectifs et des rémunérations. La fiabilisation de ces données est d'autant plus nécessaire qu'elles sont utilisées de façon croissante pour produire des analyses, répartir des crédits et chiffrer le

<p>montant de certaines aides. Ces données ont également vocation à être injectées dans le tableau de bord de la performance.</p> <p>Enfin, il est demandé aux utilisateurs de se référer prioritairement aux guides utilisateurs et aides aux remplissage avant de solliciter la CNSA. En cas de besoin, il convient de contacter le support applicatif.</p>	
Calendrier	<ul style="list-style-type: none"> • 14 avril 2025 : ouverture de la plateforme aux ESMS concernés ; • Mi-mai et mi-juillet 2025 : extraction des données pour exploitation dans le cadre des travaux de la Direction du financement et de l'offre (DFO) de la CNSA ; • Début septembre 2025 : extraction des données pour exploitation et alimentation du tableau de bord de la performance et de l'outil « Situation financière des ESMS ».
Référent(es)	CNSA - Direction du financement de l'offre delphine.fauchet@cnsa.fr

GALAAD	
<p>L'objectif de ce SI est :</p> <ul style="list-style-type: none"> • De permettre l'enregistrement et le partage des évaluations AGGIR/PATHOS transmises par les médecins coordonnateurs des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et des établissements de soins de longue durée (ESLD) aux médecins ou infirmiers valideurs des conseils départementaux (CD) et des agences régionales de santé (ARS) pour validation du groupe iso-ressources moyen pondéré (GMP)/et du PATHO moyen pondéré (PMP) issus des évaluations ; • De restituer à travers des bilans les caractéristiques des personnes accueillies en EHPAD et de déterminer des groupes homogènes de résidents. 	
Calendrier	<p>La saisie s'effectue en flux par les médecins coordonnateurs des établissements éligibles à une validation AGGIR/PATHOS.</p> <p>La CNSA peut être amenée à réaliser des extractions ou bilans tout au long de l'année.</p>
Points de vigilance	<p>Depuis son évolution en 2015, l'outil GALAAD constitue désormais la plateforme de référence pour le dépôt des évaluations AGGIR/PATHOS.</p> <p>Enfin, il est demandé aux utilisateurs de se référer prioritairement aux guides utilisateurs et aides aux remplissage avant de solliciter la CNSA. En cas de besoin, il convient de contacter le support applicatif.</p>
Référent(es)	<p>CNSA - Direction du financement de l'offre melina.ramos.gorand@cnsa.fr</p> <p>CNSA - Direction de l'appui au pilotage de l'offre christine.gaillandre@cnsa.fr</p> <p>CNSA - Direction des systèmes d'information danielle.czapla@cnsa.fr</p>

FINESS – Fichier national des établissements sanitaires et sociaux

Ce site donne accès à une sélection d'informations sur les établissements sanitaires, sociaux, médico-sociaux, et de formation aux professions de ces secteurs. FINESS assure l'immatriculation des établissements et entités juridiques porteurs d'une autorisation ou d'un agrément.

Il est rappelé que le processus de répartition des dotations régionales par la CNSA, comme le processus de suivi de la consommation de l'objectif global de dépenses (OGD) (cf. infra), intègrent les éléments relatifs à l'offre médico-sociale à partir de l'exploitation annuelle de la base FINESS.

La CNSA a également développé, à partir de ce fichier, un outil de traitement journalier (FIPPA) permettant d'alimenter le portail national d'information pour les personnes âgées en données à jour. La maintenance de ce site internet s'en trouve facilitée : suivi automatisé des créations et des fermetures d'établissements et services médico-sociaux (ESMS).

Calendrier	Il vous est demandé de veiller à la mise à jour régulière du SI par vos services, afin de garantir la complétude des informations y figurant.
Points de vigilance	Une attention particulière devra être portée sur la qualité des données renseignées relatives aux conventions collectives des ESMS.

SIDOBA (SSIAD) : SIDOBA Recueil de données

Dans la cadre de la réforme du financement des soins infirmiers à domicile (services de soins infirmiers à domicile [SSIAD] et services autonomie à domicile [SAD] mixtes), le système d'information SIDOBA Recueil de données (SIDOBA RDD) a été mis en place fin 2023.

SIDOBA RDD est destiné aux professionnels des SSIAD et SAD mixtes (anciennement services polyvalents d'aide et de soins à domicile [SPASAD]) afin de recueillir les données nécessaires au calcul du forfait global de soins (FGS)

- La période de référence du recueil des données usager est entre le 1er juin de l'année N-2 au 31 mai de l'année N-1 ;
- Tous les services doivent transmettre leurs données d'activité via SIDOBA Recueil de données entre le 1^{er} et le 30 juin N-1 ;
- Ces données servent au calcul du forfait global de soins (FGS) de l'année N et du FGS « projeté » pour N+2 (actualisé chaque année).

Calendrier	<p>A partir du 01/07/2025, les ARS sont chargées de qualifier les données recueillies dans SIDOBA RDD sur la période allant du 01/06/2024 au 31/05/2025.</p> <p>Cette qualification des données se fera via le portail de la CNSA.</p> <p>Une enquête de fiabilisation des données sera réalisée en début d'année 2026.</p>
------------	---

Points de vigilance	<p>Si les informations ne sont pas transmises par les services dans les délais ou que les informations transmises sont incomplètes ou ne sont pas exploitables, le directeur général de l'ARS enjoint au service de procéder à la transmission complète ou aux corrections nécessaires dans un délai de quinze jours. S'il n'y est pas déféré dans ce délai, le forfait global de soins est fixé d'office par le directeur général de l'ARS, selon les modalités prévues par décret.</p> <p>Enfin, il est demandé aux utilisateurs de se référer prioritairement aux guides utilisateurs et aides aux remplissage avant de solliciter la CNSA. En cas de besoin, il convient de contacter le support applicatif.</p>
Réfèrent(es)	<p>CNSA - Direction du financement de l'offre pauline.mutuel@cnsa.fr; azza.aziza@cnsa.fr jeanne.grangeray@cnsa.fr</p>

ANNEXE 7 - Tableaux des dotations régionales limitatives (DRL) 2025 et tableaux de suivi des droits de tirage des ARS

TABLEAU 1 - CALCUL DES DOTATIONS RÉGIONALES LIMITATIVES 2025 SUR LE CHAMP DES PERSONNES ÂGÉES (PARTIE 1)

SECTEUR PA	BASE						
	DRL RECONDUCTIBLES					ACTUALISATION	OPÉRATIONS DE PÉRIMÈTRE
	DRL 2024	CNR nationaux 2024	Base reconductible au 31/12/2024	Débasage	Base reconductible au 01/01/2025	Reconduction DRL	Fongibilité
Formules	1	2	3 = \sum (1:2)	4	5 = \sum (3:4)	6	7
Auvergne-Rhône-Alpes	2 054 447 470 €	-17 281 856 €	2 037 165 613 €	-7 878 822 €	2 029 286 792 €	35 755 633 €	0 €
Bourgogne-Franche-Comté	886 038 584 €	-6 647 308 €	879 391 276 €	-3 214 844 €	876 176 432 €	14 856 360 €	-306 015 €
Bretagne	1 051 026 481 €	-10 312 900 €	1 040 713 580 €	-3 839 832 €	1 036 873 748 €	18 296 252 €	0 €
Centre-Val de Loire	764 585 636 €	-3 320 016 €	761 265 620 €	-3 819 643 €	757 445 976 €	13 049 608 €	895 969 €
Corse	63 612 309 €	-158 879 €	63 453 430 €	-689 637 €	62 763 793 €	956 167 €	0 €
Grand Est	1 368 655 911 €	-7 544 228 €	1 361 111 683 €	-6 949 177 €	1 354 162 507 €	23 616 634 €	0 €
Guadeloupe	56 172 310 €	-137 070 €	56 035 241 €	-249 420 €	55 785 821 €	781 409 €	0 €
Guyane	19 213 740 €	0 €	19 213 740 €	-359 785 €	18 853 955 €	227 966 €	0 €
Hauts-de-France	1 312 822 351 €	-9 580 113 €	1 303 242 238 €	-9 260 473 €	1 293 981 765 €	19 161 968 €	0 €
Ile-de-France	1 800 611 092 €	-7 982 503 €	1 792 628 589 €	-20 434 256 €	1 772 194 333 €	30 082 834 €	8 979 931 €
La Réunion	67 429 421 €	-101 281 €	67 328 140 €	-132 051 €	67 196 089 €	1 075 979 €	0 €
Martinique	70 000 099 €	0 €	70 000 099 €	-493 500 €	69 506 599 €	901 002 €	0 €
Mayotte	4 045 857 €	-42 496 €	4 003 361 €	-496 014 €	3 507 347 €	32 828 €	0 €
Normandie	899 150 473 €	-6 746 934 €	892 403 538 €	-6 178 958 €	886 224 581 €	15 041 173 €	0 €
Nouvelle-Aquitaine	1 838 320 833 €	-10 721 061 €	1 827 599 772 €	-14 536 426 €	1 813 063 347 €	32 026 709 €	0 €
Occitanie	1 604 807 722 €	-10 002 572 €	1 594 805 150 €	-22 652 890 €	1 572 152 259 €	26 996 461 €	0 €
Pays de la Loire	1 091 870 570 €	-6 343 106 €	1 085 527 464 €	-4 152 736 €	1 081 374 728 €	19 301 420 €	630 000 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 194 607 365 €	-3 605 131 €	1 191 002 234 €	-5 236 348 €	1 185 765 885 €	20 076 743 €	0 €
Saint-Pierre-et-Miquelon	2 482 559 €	0 €	2 482 559 €	0 €	2 482 559 €	8 323 €	0 €
TOTAL	16 149 900 781 €	-100 527 454 €	16 049 373 327 €	-110 574 809 €	15 938 798 518 €	272 245 468 €	10 199 885 €

ANNEXE 7 - Tableaux des dotations régionales limitatives (DRL) 2025 et tableaux de suivi des droits de tirage des ARS

TABLEAU 1 - CALCUL DES DOTATIONS RÉGIONALES LIMITATIVES 2025 SUR LE CHAMP DES PERSONNES ÂGÉES (PARTIE 2)

SECTEUR PA	MESURES NOUVELLES								
	INSTALLATIONS DE PLACES SUR DROIT DE TIRAGE	FINANCEMENT EHPAD					FINANCEMENT SSIAD		
		MN - Crédits paiement installations	MN - EHPAD - Médicalisation	MN - EHPAD - Tarif global	MN - EHPAD - Développement PASA	MN - EHPAD - Médecins coordonnateurs	MN - EHPAD - Expérimentation fusion des sections	MN - SSIAD - Application de la réforme tarifaire	MN - SSIAD - Coordination services
Formules	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Auvergne-Rhône-Alpes	15 538 397 €	15 189 007 €	4 963 421 €	4 814 833 €	5 696 919 €	40 156 159 €	2 204 836 €	571 066 €	534 907 €
Bourgogne-Franche-Comté	7 005 741 €	6 497 461 €	1 888 914 €	1 518 019 €	2 436 480 €	7 409 781 €	2 823 783 €	149 079 €	130 644 €
Bretagne	1 067 787 €	14 534 991 €	2 713 140 €	1 979 491 €	3 019 052 €	75 666 797 €	-83 088 €	218 676 €	205 136 €
Centre-Val de Loire	2 596 072 €	5 211 900 €	1 161 427 €	1 264 362 €	2 144 319 €	0 €	1 807 967 €	233 719 €	219 028 €
Corse	0 €	921 693 €	0 €	128 144 €	144 178 €	0 €	103 533 €	22 806 €	60 000 €
Grand Est	2 310 233 €	9 274 542 €	2 124 268 €	2 045 666 €	3 807 081 €	4 621 581 €	3 150 700 €	410 777 €	391 698 €
Guadeloupe	1 280 088 €	0 €	235 644 €	84 000 €	107 043 €	0 €	163 730 €	50 669 €	72 000 €
Guyane	0 €	0 €	0 €	84 000 €	18 481 €	936 131 €	-565 580 €	16 269 €	72 000 €
Hauts-de-France	2 446 648 €	3 582 549 €	1 883 082 €	2 858 259 €	3 450 291 €	24 868 389 €	8 870 358 €	487 204 €	463 693 €
Ile-de-France	17 068 872 €	11 873 321 €	5 892 334 €	3 058 146 €	4 808 103 €	13 702 139 €	-3 281 348 €	684 400 €	633 397 €
La Réunion	784 314 €	0 €	506 948 €	84 000 €	145 926 €	4 662 863 €	618 921 €	35 614 €	72 000 €
Martinique	4 296 035 €	551 828 €	0 €	84 000 €	140 894 €	0 €	-112 498 €	32 457 €	72 000 €
Mayotte	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	193 721 €	6 684 €	72 000 €
Normandie	0 €	10 166 650 €	1 890 465 €	1 749 338 €	2 491 137 €	0 €	2 415 117 €	271 353 €	247 982 €
Nouvelle-Aquitaine	0 €	15 491 102 €	16 366 842 €	4 091 020 €	5 225 107 €	57 708 765 €	3 805 789 €	550 398 €	520 079 €
Occitanie	0 €	14 948 424 €	3 025 056 €	3 105 312 €	4 436 164 €	50 414 984 €	2 124 495 €	539 683 €	491 632 €
Pays de la Loire	5 366 480 €	11 825 052 €	4 776 714 €	2 653 810 €	3 468 713 €	33 840 109 €	-537 792 €	304 054 €	277 287 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 178 027 €	26 006 621 €	2 571 747 €	1 313 601 €	3 457 827 €	0 €	572 705 €	413 468 €	392 517 €
Saint-Pierre-et-Miquelon	0 €	0 €	0 €	84 000 €	2 287 €	0 €	-17 593 €	1 622 €	72 000 €
TOTAL	60 938 694 €	146 075 141 €	50 000 000 €	31 000 000 €	45 000 000 €	313 987 699 €	24 257 757 €	5 000 000 €	5 000 000 €

ANNEXE 7 - Tableaux des dotations régionales limitatives (DRL) 2025 et tableaux de suivi des droits de tirage des ARS

TABLEAU 1 - CALCUL DES DOTATIONS RÉGIONALES LIMITATIVES 2025 SUR LE CHAMP DES PERSONNES ÂGÉES (PARTIE 3)

SECTEUR PA	MESURES NOUVELLES				CNR		DRL phase 1	
	MESURE SALARIALE	AUTRES MN					DRL PA 2025	DONT CNR NATIONAUX
	MN - Effet hausse cotisations CNRACL	MN - Complément répit	MN - Développement ESA	Autres crédits	CNR - Fonds soutien EHPAD	CNR - Permanents syndicaux	mai-2025	mai-2025
Formules	17	18	19	20	21	22	23 = Σ (5:22)	24 = 21+22
Auvergne-Rhône-Alpes	13 544 668 €	853 449 €	750 000 €	3 165 798 €	35 817 711 €	57 081 €	2 208 900 677 €	35 874 792 €
Bourgogne-Franche-Comté	5 857 459 €	429 355 €	300 000 €	945 180 €	16 346 718 €	0 €	944 465 392 €	16 346 718 €
Bretagne	7 829 171 €	470 668 €	450 000 €	4 348 341 €	16 287 214 €	0 €	1 183 877 376 €	16 287 214 €
Centre-Val de Loire	5 869 807 €	439 102 €	300 000 €	1 146 471 €	8 463 052 €	6 984 €	802 255 763 €	8 470 036 €
Corse	98 801 €	527 046 €	150 000 €	151 591 €	696 312 €	0 €	66 724 065 €	696 312 €
Grand Est	8 125 568 €	592 233 €	450 000 €	2 913 713 €	18 217 184 €	0 €	1 436 214 384 €	18 217 184 €
Guadeloupe	159 094 €	252 929 €	180 000 €	239 746 €	67 855 €	0 €	59 460 027 €	67 855 €
Guyane	45 416 €	0 €	180 000 €	285 952 €	55 020 €	0 €	20 209 611 €	55 020 €
Hauts-de-France	7 979 769 €	600 694 €	450 000 €	2 780 677 €	17 672 334 €	0 €	1 391 537 680 €	17 672 334 €
Ile-de-France	5 505 241 €	1 259 780 €	900 000 €	7 574 122 €	35 050 309 €	512 663 €	1 916 498 578 €	35 562 972 €
La Réunion	199 971 €	540 379 €	180 000 €	800 000 €	494 205 €	0 €	77 397 208 €	494 205 €
Martinique	281 026 €	365 682 €	180 000 €	521 769 €	177 991 €	0 €	76 998 784 €	177 991 €
Mayotte	0 €	180 000 €	180 000 €	188 117 €	0 €	0 €	4 360 697 €	0 €
Normandie	6 211 336 €	489 053 €	450 000 €	1 215 268 €	12 510 673 €	0 €	941 374 123 €	12 510 673 €
Nouvelle-Aquitaine	11 411 555 €	736 591 €	600 000 €	3 203 696 €	27 995 060 €	28 536 €	1 992 824 596 €	28 023 596 €
Occitanie	9 120 988 €	755 101 €	600 000 €	3 383 919 €	22 239 051 €	34 617 €	1 714 368 146 €	22 273 668 €
Pays de la Loire	6 913 523 €	498 186 €	450 000 €	1 918 359 €	16 110 240 €	42 403 €	1 189 213 284 €	16 152 643 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4 421 814 €	829 753 €	600 000 €	3 574 757 €	21 486 574 €	48 209 €	1 272 710 250 €	21 534 783 €
Saint-Pierre-et-Miquelon	24 793 €	180 000 €	180 000 €	979 €	312 498 €	0 €	3 331 469 €	312 498 €
TOTAL	93 600 000 €	10 000 000 €	7 530 000 €	38 358 456 €	250 000 000 €	730 493 €	17 302 722 111 €	250 730 493 €

ANNEXE 7 - Tableaux des dotations régionales limitatives (DRL) 2025 et tableaux de suivi des droits de tirage des ARS

TABLEAU 1bis - CALCUL DES DOTATIONS RÉGIONALES LIMITATIVES 2025 SUR LE CHAMP DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP (PARTIE 1)

SECTEUR PH	BASE					MESURES NOUVELLES	
	DRL RECONDUCTIBLES			ACTUALISATION	OPÉRATIONS DE PÉRIMÈTRE	INSTALLATIONS DE PLACES SUR DROIT DE TIRAGE	FINANCEMENT SSIAD
	DRL 2024	CNR nationaux 2024	Base reconductible au 01/01/2025	Reconduction DRL	Fongibilité	MN - Crédits paiement installations	MN - SSIAD - Application de la réforme
Formules	1	2	3 = $\sum (1:2)$	4	5	6	7
Auvergne-Rhône-Alpes	1 567 372 753 €	-650 540 €	1 566 722 213 €	14 570 517 €	2 442 491 €	18 470 324 €	-292 026 €
Bourgogne-Franche-Comté	678 211 079 €	-215 946 €	677 995 133 €	6 305 355 €	1 626 015 €	7 483 636 €	215 030 €
Bretagne	694 063 912 €	-330 325 €	693 733 587 €	6 451 722 €	0 €	4 945 898 €	-99 580 €
Centre-Val de Loire	598 595 439 €	-84 483 €	598 510 956 €	5 566 152 €	353 488 €	10 070 812 €	76 946 €
Corse	71 473 103 €	0 €	71 473 103 €	664 700 €	0 €	0 €	-41 362 €
Grand Est	1 333 239 514 €	-475 228 €	1 332 764 286 €	12 394 708 €	109 108 €	19 397 549 €	-686 323 €
Guadeloupe	110 190 232 €	-8 982 €	110 181 250 €	1 024 686 €	0 €	1 769 700 €	103 972 €
Guyane	74 729 847 €	-20 339 €	74 709 508 €	694 798 €	0 €	120 317 €	3 770 €
Hauts-de-France	1 524 767 287 €	-866 844 €	1 523 900 443 €	14 172 274 €	0 €	23 190 768 €	-68 634 €
Ile-de-France	2 445 906 483 €	-1 201 687 €	2 444 704 796 €	22 735 755 €	1 716 189 €	68 801 287 €	-409 538 €
La Réunion	215 463 624 €	-64 689 €	215 398 935 €	2 003 210 €	0 €	6 243 870 €	-9 480 €
Martinique	96 460 824 €	-10 000 €	96 450 824 €	896 993 €	0 €	216 120 €	-36 998 €
Mayotte	28 063 086 €	-21 375 €	28 041 711 €	260 788 €	0 €	0 €	58 527 €
Normandie	807 990 061 €	-356 822 €	807 633 239 €	7 510 989 €	0 €	8 281 527 €	0 €
Nouvelle-Aquitaine	1 358 181 309 €	-587 065 €	1 357 594 244 €	12 625 626 €	376 459 €	8 860 591 €	461 082 €
Occitanie	1 433 633 904 €	-335 484 €	1 433 298 420 €	13 329 675 €	0 €	28 508 765 €	19 055 €
Pays de la Loire	775 793 483 €	-232 135 €	775 561 348 €	7 212 721 €	0 €	14 992 213 €	6 367 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 021 719 872 €	-455 662 €	1 021 264 210 €	9 497 757 €	0 €	20 087 831 €	-13 903 €
Saint-Pierre-et-Miquelon	2 399 282 €	0 €	2 399 282 €	22 313 €	0 €	0 €	0 €
TOTAL	14 838 255 092 €	-5 917 606 €	14 832 337 486 €	137 940 739 €	6 623 750 €	241 441 208 €	-713 093 €

ANNEXE 7 - Tableaux des dotations régionales limitatives (DRL) 2025 et tableaux de suivi des droits de tirage des ARS

TABLEAU 1bis - CALCUL DES DOTATIONS RÉGIONALES LIMITATIVES 2025 SUR LE CHAMP DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP (PARTIE 2)

SECTEUR PH	MESURES NOUVELLES			CNR		DRL phase 1	
	MESURE SALARIALE	Autres MN				DRL PH 2025 mai-2025	DONT CNR NATIONAUX mai-2025
	MN - Effet hausse cotisations CNRACL	MN - Communication alternative et améliorée	Autres crédits	CNR - Gratification des stages	CNR - Permanents syndicaux		
Formules	8	9	10	11	12	13 = ∑ (3:12)	14 = 11 + 12
Auvergne-Rhône-Alpes	1 392 235 €	966 595 €	143 118 €	496 455 €	225 737 €	1 605 137 659 €	722 192 €
Bourgogne-Franche-Comté	1 229 107 €	350 178 €	54 167 €	214 840 €	61 341 €	695 534 803 €	276 181 €
Bretagne	1 230 498 €	393 330 €	180 536 €	219 827 €	145 049 €	707 200 867 €	364 876 €
Centre-Val de Loire	689 359 €	160 030 €	142 598 €	189 653 €	0 €	615 759 993 €	189 653 €
Corse	91 556 €	80 900 €	12 827 €	22 648 €	0 €	72 304 372 €	22 648 €
Grand Est	2 326 849 €	244 835 €	143 982 €	422 320 €	109 200 €	1 367 226 514 €	531 520 €
Guadeloupe	59 860 €	72 000 €	253 843 €	34 914 €	0 €	113 500 225 €	34 914 €
Guyane	12 534 €	72 000 €	70 180 €	23 674 €	0 €	75 706 781 €	23 674 €
Hauts-de-France	2 326 939 €	514 045 €	136 367 €	482 886 €	142 308 €	1 564 797 395 €	625 194 €
Ile-de-France	1 995 299 €	1 254 038 €	280 862 €	774 666 €	98 468 €	2 541 951 822 €	873 134 €
La Réunion	0 €	180 114 €	0 €	68 255 €	21 666 €	223 906 570 €	89 921 €
Martinique	139 878 €	72 000 €	0 €	30 563 €	0 €	97 769 379 €	30 563 €
Mayotte	0 €	72 000 €	96 593 €	8 886 €	0 €	28 538 505 €	8 886 €
Normandie	1 301 541 €	250 251 €	0 €	255 919 €	167 097 €	825 400 563 €	423 016 €
Nouvelle-Aquitaine	1 947 578 €	590 544 €	79 290 €	430 188 €	82 132 €	1 383 047 734 €	512 320 €
Occitanie	924 705 €	477 433 €	110 083 €	454 177 €	45 168 €	1 477 167 482 €	499 345 €
Pays de la Loire	1 360 065 €	221 552 €	69 048 €	245 756 €	101 574 €	799 770 644 €	347 330 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 371 997 €	456 156 €	1 307 893 €	323 613 €	23 141 €	1 054 318 694 €	346 754 €
Saint-Pierre-et-Miquelon	0 €	72 000 €	0 €	760 €	0 €	2 494 355 €	760 €
TOTAL	18 400 000 €	6 500 000 €	3 081 386 €	4 700 000 €	1 222 881 €	15 251 534 358 €	5 922 881 €

ANNEXE 7 - Tableaux des dotations régionales limitatives (DRL) 2025 et tableaux de suivi des droits de tirage des ARS

TABLEAU 2 – SUIVI DU DROIT DE TIRAGE ET DETERMINATION DES CREDITS DE PAIEMENT POUR 2025 SUR LE CHAMP DES PERSONNES AGEES

SECTEUR PA	Solde DT CB 2024			Crédits de paiement 2025			Solde DT au 31/12/2025
	Solde DT au 31/12/2024	Transfert crédits AE SSIAD sur solde DT PH	Solde DT au 01/01/2025	Crédits 2024 délégués et non consommés	Prévisions d'installation 2025 (proratisées)	Crédits de paiement délégués en 2025	
	<i>Source données</i> <i>Formules</i>	<i>EB2024</i> <i>Prog. SEPIIA</i>	<i>Formule</i>	<i>EB2023</i> <i>Prog. SEPIIA</i>	<i>Formule</i>	<i>Formule</i>	
	1	2	3=1+2	4	5	6 = SI (5-4 < 0 ; 0 ; 5-4)	7= 3-6
Auvergne-Rhône-Alpes	63 953 852	-1 216 000	62 737 852	-996 927	14 541 470	15 538 397	47 199 455
Bourgogne-Franche-Comté	39 057 870	-320 000	38 737 870	-1 644 301	5 361 440	7 005 741	31 732 129
Bretagne	20 732 497		20 732 497	4 206 516	5 274 302	1 067 787	19 664 710
Centre-Val de Loire	26 064 850	721 241	26 786 091	4 083 483	6 679 555	2 596 072	24 190 019
Corse	13 448 986		13 448 986	6 678 637	3 445 327	0	13 448 986
Grand Est	40 995 086		40 995 086	8 567 223	10 877 456	2 310 233	38 684 853
Guadeloupe	19 873 935		19 873 935	3 254 061	4 534 149	1 280 088	18 593 847
Guyane	2 587 871		2 587 871	4 271 324	869 712	0	2 587 871
Hauts-de-France	40 598 730	-4 800 000	35 798 730	10 675 490	13 122 138	2 446 648	33 352 082
Ile-de-France	79 459 013		79 459 013	-9 978 560	7 090 312	17 068 872	62 390 140
La Réunion	30 822 253		30 822 253	1 130 879	1 915 193	784 314	30 037 939
Martinique	18 209 702		18 209 702	1 579 457	5 875 492	4 296 035	13 913 667
Mayotte	5 896 397		5 896 397	874 534	285 017	0	5 896 397
Normandie	31 273 525		31 273 525	8 586 112	6 553 467	0	31 273 525
Nouvelle-Aquitaine	49 736 196	-2 480 000	47 256 196	10 035 707	9 409 035	0	47 256 196
Occitanie	39 102 534	-2 000 000	37 102 534	11 921 909	11 128 527	0	37 102 534
Pays de la Loire	33 316 155		33 316 155	649 837	6 016 316	5 366 480	27 949 676
Provence-Alpes-Côte d'Azur	28 237 078		28 237 078	4 227 885	5 405 912	1 178 027	27 059 051
Saint-Pierre-et-Miquelon	1 824 000		1 824 000	480 000	157 000	0	1 824 000
TOTAL	585 190 531	-10 094 759	575 095 772	68 603 265	118 541 820	60 938 694	514 157 078

ANNEXE 7 - Tableaux des dotations régionales limitatives (DRL) 2025 et tableaux de suivi des droits de tirage des ARS

TABLEAU 2BIS – SUIVI DU DROIT DE TIRAGE ET DETERMINATION DES CREDITS DE PAIEMENT POUR 2025 SUR LE CHAMP DES PERSONNES HANDICAPÉES

SECTEUR PH	Solde DT CB 2024			Crédits de paiement 2025			Solde DT au 31/12/2025
	Solde DT au 31/12/2024	Transfert crédits AE SSIAD sur solde DT PH	Solde DT au 01/01/2025	Crédits 2024 délégués et non consommés	Prévisions d'installation 2025 (proratisées)	Crédits de paiement délégués en 2025	
	Source données Formules	EB2024	EB 2024	Formule	EB2024	Prog. SEPPIA	
	1	2	3=1+2	4	5	6 = SI (5-4 < 0 ; 0 ; 5-4)	7= 3-6
Auvergne-Rhône-Alpes	144 238 088	1 216 000	145 454 088	7 393 609	25 863 933	18 470 324	126 983 763
Bourgogne-Franche-Comté	45 729 371	320 000	46 049 371	717 056	8 200 692	7 483 636	38 565 735
Bretagne	59 151 232	0	59 151 232	6 189 999	11 135 897	4 945 898	54 205 334
Centre-Val de Loire	44 050 682	-721 241	43 329 441	-367 966	9 702 846	10 070 812	33 258 629
Corse	12 299 583	0	12 299 583	3 451 388	1 676 470	0	12 299 583
Grand Est	104 339 102	0	104 339 102	3 983 457	23 381 007	19 397 549	84 941 553
Guadeloupe	16 288 882	0	16 288 882	2 206 779	3 699 396	1 492 617	14 796 265
Guyane	25 350 364	0	25 350 364	3 241 753	3 639 153	397 400	24 952 964
Hauts-de-France	174 937 928	4 800 000	179 737 928	3 327 746	26 518 514	23 190 768	156 547 160
Ile-de-France	340 719 485	0	340 719 485	-28 052 615	40 748 672	68 801 287	271 918 198
La Réunion	29 191 534	0	29 191 534	1 901 483	8 145 353	6 243 870	22 947 663
Martinique	23 944 955	0	23 944 955	2 634 219	2 850 339	216 120	23 728 835
Mayotte	23 759 225	0	23 759 225	5 988 637	1 214 731	0	23 759 225
Normandie	65 272 842	0	65 272 842	-2 761 607	5 519 920	8 281 527	56 991 316
Nouvelle-Aquitaine	113 887 672	2 480 000	116 367 672	6 834 972	15 695 563	8 860 591	107 507 080
Occitanie	153 450 459	2 000 000	155 450 459	-15 277 918	13 230 847	28 508 765	126 941 694
Pays de la Loire	54 711 548	0	54 711 548	-3 088 836	11 903 377	14 992 213	39 719 335
Provence-Alpes-Côte d'Azur	117 156 425	0	117 156 425	-8 994 479	11 093 352	20 087 831	97 068 594
Saint-Pierre-et-Miquelon	0	0	0	180 000	15 000	0	0
TOTAL	1 548 479 374	10 094 759	1 558 574 133	-10 492 324	224 235 060	241 441 208	1 317 132 925



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,
DES SOLIDARITÉS
ET DES FAMILLES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

INSTRUCTION N° DGOS/P2/2025/69 du 27 mai 2025 relative au lancement d'un appel à manifestation d'intérêt national pour accompagner le lancement de nouvelles équipes rapides d'intervention en soins palliatifs (ERI-SP) relevant de l'hospitalisation à domicile (HAD)

La ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles
Le ministre auprès de la ministre du travail, de la santé, des solidarités
et des familles, chargé de la santé et de l'accès aux soins

à

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

Référence	NOR : TSSH2513998J (numéro interne : 2025/69)
Date de signature	27/05/2025
Emetteurs	Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
Objet	Lancement d'un appel à manifestation d'intérêt national pour accompagner le lancement de nouvelles équipes rapides d'intervention en soins palliatifs (ERI-SP) relevant de l'hospitalisation à domicile (HAD).
Action à réaliser	Diffusion de cette instruction à l'ensemble des structures d'HAD.
Résultat attendu	Création de nouvelles ERI-SP.
Echéance	Lancement de l'AMI le 1 ^{er} juin 2025.
Contacts utiles	Sous-direction de la prise en charge hospitalière et des parcours ville-hôpital Bureau de la prise en charge des pathologies chroniques et du vieillissement (P2) Pauline BOILLET Paul LAURENT Mél. : dgos-p2@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	3 pages + 2 annexes (3 pages) Annexe 1 : Dossier de candidature Annexe 2 : Données qui devront être transmises pour permettre l'évaluation
Résumé	Cette instruction vise à lancer un AMI national permettant aux établissements d'HAD de candidater afin de bénéficier d'un accompagnement financier pour mettre en place une équipe rapide d'intervention en soins palliatifs (ERI-SP).

Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle-Calédonie et de Wallis et Futuna.
Mots-clés	HAD, équipes rapides d'intervention, soins palliatifs.
Classement thématique	Etablissements de santé - Organisation
Textes de référence	- Décret n° 2022-102 du 31 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité d'hospitalisation à domicile ; - Note d'information n° DGOS/P2/2024/154 du 22 octobre 2024 relative à l'organisation des équipes rapides d'intervention en soins palliatifs (ERI-SP) relevant de l'hospitalisation à domicile (HAD).
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Etablissements HAD
Validée par le CNP du 16 mai 2025 - Visa CNP 2025-21	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

I. Contexte de lancement de l'appel à manifestation d'intérêt

En 2024, environ 30% des séjours d'hospitalisation à domicile (HAD) correspondaient à des prises en charge en soins palliatifs. La volonté de davantage développer les soins palliatifs en HAD fait partie intégrante de la feuille de route HAD 2021-2026 et de la stratégie décennale d'accompagnement et de soins palliatifs publiée en avril 2024.

Dans ce cadre, 3 millions d'euros en aide à la contractualisation ont été délégués en 2024, en crédits d'amorçage, en vue de déployer 15 équipes rapides d'intervention en soins palliatifs (ERI-SP) portées par des structures d'HAD.

Une évaluation quantitative et qualitative des initiatives soutenues sera conduite un an après la délégation de crédits, notamment pour évaluer l'impact de ce dispositif sur la prise en charge des personnes en soins palliatifs en relai de ces interventions rapides.

En 2025, un appel à manifestation d'intérêt (AMI) national est prévu afin d'accompagner le lancement de 15 équipes supplémentaires.

II. Prérequis et modalités de sélection des projets

L'établissement candidat doit s'engager à respecter le référentiel d'organisation d'une ERI-SP diffusé par note d'information n° DGOS/P2/2024/154 du 22 octobre 2024 et s'assurer de sa capacité à répondre au cahier des charges.

Le candidat devra également s'engager à participer à la démarche d'évaluation qui sera menée par l'ANAP (cf. indicateurs en annexe 2).

La DGOS sélectionnera 15 projets d'ERI-SP qui feront l'objet d'un accompagnement financier au titre de 2025. Cette sélection se fera en tenant compte :

- Du maillage territorial des ERI-SP : les territoires encore non couverts par une ERI-SP seront prioritaires ;
- Du nombre d'habitants sur le territoire d'intervention de l'HAD candidate ;
- De l'articulation proposée avec l'offre de prise en charge en soins palliatifs sur le territoire d'intervention de l'HAD candidate ;
- De l'avis de l'ARS sur le projet.

Le contenu du dossier de candidature est précisé en annexe 1.

III. Financement

Une enveloppe de 3 M€ destinée à soutenir 15 projets est prévue pour 2025. Ces crédits sont des crédits d'amorçage - donc non reconductibles les années suivantes pour l'établissement en ayant bénéficié - dédiés à la structuration de l'équipe. Une enveloppe de 200 000€ par projet retenu sera déléguée en 3^{ème} circulaire budgétaire pour soutenir le démarrage de l'activité et les recrutements durant la première année.

IV. Échéancier

Les candidats pourront déposer leur dossier entre le 1^{er} juin 2025 et le 10 août 2025 via l'outil « démarches simplifiées ».

L'ARS compétente fera ensuite remonter son avis sur le dossier à la DGOS au plus tard le 30 septembre.

La liste des 15 projets accompagnés sera arrêtée par le ministère en octobre 2025.

Le rapport d'évaluation sera à transmettre un an après le début d'activité de l'ERI-SP.

Vu au titre du CNP par la secrétaire générale
des ministères chargés des affaires sociales,



Sophie LEBRET

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



Clotilde DURAND

Annexe 1

Dossier de candidature

L'établissement candidat présentera l'organisation qu'il souhaite mettre en place (effectifs, nombre de prises en charge palliatives...) et démontrera sa capacité à répondre aux demandes d'intervention rapide en soins palliatifs.

Les éléments suivants doivent impérativement figurer dans le dossier de candidature :

a. Éléments d'identification

- Établissement porteur du projet
- Activité actuelle en soins palliatifs (mode de prise en charge principal et mode de prise en charge associé)

b. Description du projet

- Résumé du projet
- Contexte et objectifs
- Nombre d'habitants sur le territoire d'intervention de l'HAD candidate
- Composition de l'équipe
- Organisation et modalités prévues de mobilisation de l'équipe
- Existence d'une autre ERI-SP couvrant tout ou partie du territoire d'intervention de l'HAD candidate
- Articulation prévue avec l'offre de prise en charge en soins palliatifs sur le territoire d'intervention de l'HAD candidate
- Outils mobilisés pour le projet (téléphonie, logiciel d'organisation, dossiers dématérialisés...)
- Estimation du budget
- Calendrier de mise en œuvre

c. Suivi du projet

- Modalités de suivi et d'évaluation, dont indicateurs (cf. annexe 2)

d. Informations complémentaires

- Toute autre donnée utile à la compréhension du projet

Le dossier de candidature devra être déposé sur la plateforme « démarches simplifiées », accessible sur le site du ministère dans la rubrique « [appels à projets](#) » ainsi que directement via le lien suivant : <https://demarches-simplifiees.fr/commencer/ami-dossier-candidature-eri-sp-2025>

Annexe 2

Données qui devront être transmises pour permettre l'évaluation

Nombre de journées d'HAD en EHPAD, en 2024	
Nombre de journées d'HAD en ESMS hors EHPAD, en 2024	

DISPOSITIF	
Date de constitution de l'équipe ERI-SP (recrutement fait et présence au sein de l'HAD)	
Nombre de médecins mobilisés au total sur l'ERI-SP (personne physique)	
Nombre d'ETP de médecins mobilisés au total sur l'ERI-SP	

Nombre d'IDE mobilisés au total (nombre de personnes physiques)	
Nombre d'ETP IDE mobilisés au total sur l'ERI-SP	
Autres professionnels mobilisés (profession, volume en ETP pour chaque profession)	

Description du dispositif de continuité des soins (médical et paramédical)	
---	--

COUTS du DISPOSITIF		
Personnel	Nombre d'ETP mobilisés	Cout moyen chargé en €
Médecins praticiens		
IDE		

	Quantité	Cout en €	Achat ou location
Matériel médical			
Matériel non médical (exemples : véhicule, téléphone...)			
Autres charges (exemples : carburant, abonnement téléphonie...)			

Couverture territoriale	PATIENT					ADRESSEUR	
Lieu de vie du patient (Code postal)	Patient (1, 2, 3...)	Année de naissance (XXXX)	Genre	Type de domicile	Le patient a-t-il un médecin traitant ?	Typologie	Si patient en EHPAD, a-t-il fait l'objet d'une évaluation anticipée ?

DEMANDE					
Date sollicitation ERI-SP (00/00/202x)	Heure de sollicitation (xx:xx Exemple : 23:30)	Motif de la demande (Champ libre)	Projet palliatif déjà posé ?	Si non PEC motif de la non- admission	Patient déjà suivi par une équipe mobile ?

MODALITÉS D'INTERVENTION					Continuité de la prise en charge (après prise en charge par l'ERI-SP)	
Modalité d'intervention	Date d'intervention (00/00/202x)	Heure d'intervention (XX:XX ex 00:30)	Durée de la première intervention (temps passé au domicile en heures 00:00)	Temps de trajet (HAD- Domicile en minutes. Exemple : 45)	Date de fin de PEC par l'ERI (JJ/MM/202x)	Modalités de continuité de PEC post ERI-SP

Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles

**Décision du 2 juin 2025 désignant l'administrateur provisoire
de l'établissement public de santé de Lomagne**

NOR : TSSH2530250S

Le ministre délégué auprès de la ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles, chargé de la santé et de l'accès aux soins,

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 6143-3, L. 6143-3-1 et D. 6143-39 ;

Vu l'arrêté 2025-2897 du 26 mai 2025 de l'agence régionale de santé d'Occitanie relatif au placement sous administration provisoire de l'établissement public de santé de Lomagne à compter du 4 juin 2025 pour une durée de six mois renouvelables,

Décide :

Article 1^{er}

Monsieur Pierre AURY, directeur d'hôpital hors classe, est désigné pour assurer l'administration provisoire de l'établissement public de santé de Lomagne à compter du 4 juin 2025 pour une durée de six mois renouvelables.

Article 2

Pendant la période de l'administration provisoire, les attributions de directeur de l'établissement public de santé de Lomagne sont assurées par Monsieur Pierre AURY. Pendant cette même période, le conseil de surveillance de l'établissement conserve l'intégralité de ses prérogatives et le directoire de l'établissement est suspendu.

Article 3

La présente décision est notifiée à l'administrateur provisoire désigné. Elle est transmise pour information au président du conseil de surveillance de l'établissement public de santé de Lomagne, ainsi qu'au directeur de l'Agence régionale de santé d'Occitanie.

Article 4

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

Fait le 2 juin 2025.

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

Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles

Arrêté du 3 juin 2025 modifiant l'arrêté du 26 janvier 2022 portant nomination des membres de la commission nationale d'équivalence de titres et diplômes chargée de se prononcer sur les demandes d'équivalence de diplômes pour l'accès aux concours de la fonction publique hospitalière

NOR : TSSH2530248A

La ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles,

Vu le décret n° 2007-196 du 13 février 2007 modifié relatif aux équivalences de diplômes requises pour se présenter aux concours d'accès aux corps et cadres d'emplois de la fonction publique ;

Vu l'arrêté du 21 septembre 2007 modifié fixant les règles de saisine, de fonctionnement et de composition des commissions instituées pour la fonction publique hospitalière et chargées de se prononcer sur les demandes d'équivalence de diplômes pour l'accès aux concours de la fonction publique hospitalière ouverts aux titulaires d'un diplôme ou titre spécifique portant sur une spécialité de formation précise ;

Vu l'arrêté du 26 janvier 2022 modifié portant nomination des membres de la commission nationale d'équivalence de titres et diplômes chargée de se prononcer sur les demandes d'équivalence de diplômes pour l'accès aux concours de la fonction publique hospitalière,

Arrête :

Article 1^{er}

L'article 1^{er} de l'arrêté du 26 janvier 2022 susvisé est ainsi modifié :

1° Les mots : « Mme Flore HENNERESSE » sont remplacés par les mots : « M. Arnaud SANDRET »,

2° Les mots : « Mme Emilie BERNARDIN-SKALEN » sont remplacés par les mots : « Mme Olga CRIEZ ».

Article 2

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

Fait le 3 juin 2025.

Pour la ministre et par délégation :
Le sous-directeur des ressources humaines
du système de santé,
Romain BÉGUÉ



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,
DES SOLIDARITÉS
ET DES FAMILLES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

INSTRUCTION N° DGS/EA4/2025/64 du 3 juin 2025 relative à l'indemnisation et à la prise en charge fonctionnelle des hydrogéologues agréés en matière d'hygiène publique

La ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles

à

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

Mesdames et Messieurs les préfets de région

Mesdames et Messieurs les préfets de département

Référence	NOR : TSSP2513307J (numéro interne : 2025/64)
Date de signature	03/06/2025
Emetteurs	Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles Direction générale de la santé (DGS)
Objet	Indemnisation et prise en charge fonctionnelle des hydrogéologues agréés en matière d'hygiène publique.
Action à réaliser	Mise en œuvre : - du barème harmonisé de rémunération ; - de la protection fonctionnelle des hydrogéologues agréés en matière d'hygiène publique en cas d'éventuelle mise en cause sur un dossier.
Résultat attendu	Rendu des avis par les hydrogéologues agréés.
Echéance	Immédiate
Contact utile	Sous-direction Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation Bureau Qualité des eaux (EA4) Arnaud LACROIX Tél. : 07 60 65 41 64 Mél. : arnaud.lacroix@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	3 pages + 2 annexes (5 pages) Annexe 1 - Modalités de rémunération des hydrogéologues agréés en matière d'hygiène publique Annexe 2 - Mise en œuvre de la protection fonctionnelle des hydrogéologues agréés en matière d'hygiène publique

Résumé	<p>La présente instruction vient remplacer la circulaire n° DGS/SD7A/2004/186 du 22 avril 2004 relative à l'indemnisation des hydrogéologues agréés en matière d'hygiène publique.</p> <p>Elle vise, d'une part, à harmoniser, selon le type de dossier étudié, les modalités d'indemnisation des hydrogéologues agréés en matière d'hygiène publique, assurée par un système de vacations à la charge des pétitionnaires.</p> <p>D'autre part, elle précise les modalités de mise en œuvre de la protection fonctionnelle par les ARS dont les hydrogéologues agréés peuvent bénéficier en cas de mise en cause sur un dossier.</p>
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle-Calédonie et de Wallis et Futuna.
Mots-clés	Hydrogéologues agréés en matière d'hygiène publique, rémunération, protection fonctionnelle, périmètres de protection des captages, eau destinée à la consommation humaine, eau minérale naturelle.
Classement thématique	Santé environnementale
Textes de référence	<ul style="list-style-type: none"> - Article R. 1321-14 du code de la santé publique ; - Arrêté du 17 mars 2025 modifiant l'arrêté du 30 avril 2008 fixant les conditions d'indemnisation des hydrogéologues agréés en matière d'hygiène publique.
Circulaire / instruction abrogée	CIRCULAIRE N° DGS/SD7A/2004/186 du 22 avril 2004 relative à l'indemnisation des hydrogéologues agréés en matière d'hygiène publique
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Néant
Validée par le CNP le 16 mai 2025 - Visa CNP 2025-19	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

L'arrêté interministériel du 17 mars 2025 (Journal Officiel du 3 avril 2025) visé en référence, pris en application de l'article R. 1321-14 du code de la santé publique, actualise les conditions de rémunération et d'indemnisation des hydrogéologues agréés en matière d'hygiène publique. Ces collaborateurs occasionnels du service public (COSP) interviennent au titre du code de la santé publique dans le cadre de la protection de la ressource en eau destinée à la consommation humaine et celle des eaux minérales naturelles. Ils produisent également des avis hydrogéologiques destinés à appuyer les avis sanitaires des agences régionales de santé sur des demandes d'activités dans les périmètres de protection de captages d'eau.

L'arrêté modifié susvisé prévoit :

- le doublement du nombre maximal de vacations, dont le montant unitaire est de 38,10 euros hors taxe sur la valeur ajoutée ;
- le transfert de responsabilité du ministre chargé de la santé vers le directeur général de l'ARS territorialement compétente quant à l'attribution des vacations exceptionnelles ;
- la possibilité pour un hydrogéologue agréé de siéger au Conseil départemental de l'environnement et des risques sanitaires et technologiques (CoDERST) et d'être rémunéré pour cela sur la base de deux vacations par l'ARS pour chaque participation à ce conseil. Bien que cela ne soit pas explicitement mentionné dans l'arrêté, les éventuels frais de déplacement pour se rendre au CoDERST seront pris en charge par l'ARS territorialement compétente sur justifications.

Les dispositions de cet arrêté reconduisent, par ailleurs, le système de vacations, déjà en vigueur et à la charge des pétitionnaires, ainsi que la procédure pour en fixer le nombre par dossier.

Le nombre de vacations alloué par l'ARS pour l'étude d'un dossier, après concertation avec l'hydrogéologue agréé coordonnateur ou son suppléant, doit prendre en compte la complexité du dossier, variable selon les cas. Afin d'harmoniser les montants alloués entre régions, vous trouverez en **annexe 1** un tableau proposant par typologie de dossier, un nombre minimal, un nombre moyen et un nombre maximal de vacations.

Enfin, selon la décision du Conseil d'Etat n° 386799 du 13 janvier 2017, il a été jugé qu'« il résulte d'un principe général du droit que, lorsqu'un agent public est mis en cause par un tiers à raison de ses fonctions, il incombe à la collectivité dont il dépend de le couvrir des condamnations civiles prononcées contre lui, dans la mesure où une faute personnelle détachable du service ne lui est pas imputable, de lui accorder sa protection dans le cas où il fait l'objet de poursuites pénales, sauf s'il a commis une faute personnelle, et, à moins qu'un motif d'intérêt général ne s'y oppose, de le protéger contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages dont il est l'objet ». Le Conseil d'Etat a affirmé que ce principe s'étend « à toute personne à laquelle la qualité de collaborateur occasionnel du service public est reconnue ». Les hydrogéologues agréés en tant que COSP bénéficient donc de la protection fonctionnelle pour des mises en cause civile ou pénale dans le cadre de leur participation à l'exécution du service, sauf commission d'une faute personnelle détachable du service.

Vous trouverez en **annexe 2** les modalités de mise en œuvre de cette protection fonctionnelle des hydrogéologues agréés en matière d'hygiène publique.

Vous voudrez bien me faire part, sous le présent timbre, des éventuelles difficultés rencontrées dans l'application de la présente instruction.

Vu au titre du CNP par la secrétaire générale
des ministères chargés des affaires sociales,



Sophie LEBRET

Pour la ministre et par délégation :
La directrice générale de la santé par intérim,



Sarah SAUNERON

Annexe 1

Modalités de rémunération des hydrogéologues agréés en matière d'hygiène publique

Le tableau liste les dossiers sur lesquels les hydrogéologues agréés peuvent intervenir et un nombre minimal, moyen et maximal de vacations attribuables par typologie de dossier et selon la complexité du dossier évaluée en concertation avec l'hydrogéologue agréé coordonnateur. Il n'est pas recommandé de systématiquement atteindre le nombre maximum de vacations dans une conjoncture où les ressources des collectivités publiques, principales contributrices, sont réduites.

L'article 2 de l'arrêté du 30 avril 2008 prévoyait que le ministre chargé de la santé pouvait, à la demande du préfet, fixer un nombre de vacations supérieur pour des rapports d'importance exceptionnelle. Cette possibilité est désormais laissée à l'appréciation du directeur général de l'agence régionale de santé qui veillera à faire un usage raisonné des ressources publiques.

Tableau : indicatif pour le calcul du nombre de vacations permettant de fixer les indemnités versées aux hydrogéologues agréés en matière d'hygiène publique

Nature des dossiers	Nombre minimal de vacations	Nombre moyen de vacations	Nombre maximal de vacations
Eaux destinées à la consommation humaine			
Périmètre de protection d'un point de prélèvement (*) d'eaux destinées à la consommation humaine (article R. 1321-6 du code de la santé publique) (1)	20	50	80
Mesures de protection d'un point de prélèvement (*) d'eaux destinées à la consommation humaine (article R. 1321-6 du code de la santé publique) captages privés	10	25	80
Demande d'autorisation temporaire d'utilisation d'une eau destinée à la consommation humaine (article R. 1321-9 du code de la santé publique)	20	50	80
Avis hydrogéologique en vue d'appuyer la décision de l'ARS : Avis sanitaires en périmètres de protection, carrières, ICPE, loi sur l'eau, plan d'épandage, etc...	10	30	60
Assainissement collectif avec rejet dans le sol : (article 8 de l'arrêté du 21 juillet 2015 relatif aux systèmes d'assainissement collectif et aux installations d'assainissement non collectif, à l'exception des installations d'assainissement non collectif recevant une charge brute de pollution organique < ou égale à 1,2kg/j de DBO5)	10	20	40
Inhumation en terrain privé (article R. 2213-32 du code général des collectivités territoriales)	10	20	30
Eaux minérales naturelles			
Demande d'autorisation d'exploiter une source d'eau minérale naturelle ou d'une modification de cette demande ou d'autorisation provisoire (article R. 1322-5 5°, R. 1322-12 et R. 1322-13 du code de la santé publique)	20	40	80
Périmètre de protection d'une source d'eau minérale naturelle (Déclaration d'intérêt public) (article R. 1322-17 du code de la santé publique)	20	40	80
Demande de travaux dans un périmètre de protection d'une source d'eau minérale naturelle (article R. 1322-24 du code de la santé publique)	10	30	60
Demande d'interdiction de travaux dans un périmètre de protection d'une source d'eau minérale naturelle (article R. 1322-25 du code de la santé publique)	10	30	60

(*) Un point de prélèvement est entendu comme un dossier.

(1) Pour rappel, concernant la définition des périmètres de protection des points d'eaux destinées à la consommation humaine, la mission de l'hydrogéologue agréé consiste essentiellement en :

- l'étude du dossier qui lui est transmis, notamment des documents cités au 5° de l'article R. 1321-6 du code de la santé publique ;
- une visite des lieux ;
- la rédaction d'un avis dont le contenu est détaillé à l'article 3 de l'arrêté du 15 mars 2011 relatif aux modalités d'agrément, de désignation et de consultation des hydrogéologues en matière d'hygiène publique.

La question de la participation de l'hydrogéologue agréé à des réunions, organisées notamment en vue de justifier auprès des personnes concernées les limites des zonages ou les servitudes proposées dans son avis, est régulièrement posée. À ce sujet, il est précisé que s'il peut être utile que l'hydrogéologue explicite, si nécessaire, l'avis qu'il a émis, notamment auprès des services de l'État qui préparent l'arrêté de déclaration d'utilité publique, sa participation à d'autres réunions doit rester exceptionnelle. En effet, la mission de l'hydrogéologue agréé doit être considérée comme terminée, lorsque le rapport final est rendu à l'administration. Il appartient à cette dernière d'assurer l'information des partenaires sur l'avis rendu et sa transposition juridique dans l'arrêté de déclaration d'utilité publique. Il n'est donc pas requis de solliciter l'hydrogéologue pour participer à des activités ultérieures en rapport avec sa mission.

Annexe 2

Mise en œuvre de la protection fonctionnelle des hydrogéologues agréés en matière d'hygiène publique

Si l'hydrogéologue agréé en matière d'hygiène publique est victime d'une attaque ou poursuivi devant une juridiction civile ou pénale, celui-ci doit en informer sans délai l'Agence régionale de santé. Il appartient à l'hydrogéologue agréé de formaliser sa demande de protection fonctionnelle par écrit. La demande doit être motivée et comporter toutes les précisions utiles sur les faits ou les poursuites pour lesquels la protection fonctionnelle est sollicitée, notamment les documents établissant le lien entre les attaques et les fonctions.

Si aucun texte n'encadre le délai dans lequel la demande doit être déposée, il est préférable de la formuler en même temps que le dépôt de plainte en cas d'attaque ou de la connaissance du déclenchement des poursuites civiles ou pénales à l'encontre de l'hydrogéologue agréé ou de toute mesure susceptible d'être prise à l'encontre de l'hydrogéologue agréé en amont du déclenchement de poursuites pénales (par exemple : audition en vue d'un placement en garde à vue, placement sous le statut de témoin assisté, etc.)

Cette précaution évitera, dans le cadre de la procédure pénale ou civile, d'avancer les frais d'avocat et, dans le cadre de la procédure civile, d'avancer les montants des condamnations civiles prononcées contre l'hydrogéologue agréé.

La protection fonctionnelle doit être demandée à chaque étape de la procédure, c'est-à-dire au moins à chaque instance (en première instance, en appel, en cassation). En effet, son extension n'est pas acquise automatiquement. L'administration doit vérifier que les conditions de mise en œuvre de la protection sont toujours remplies. Elle vérifie également que l'action envisagée n'est pas manifestement dépourvue de toute chance de succès, par exemple si les faits sont prescrits.

La mise en œuvre de la protection fonctionnelle repose sur des mesures de prévention, de protection, d'assistance et de réparation. Il appartient à l'administration de déterminer, dans chaque situation, les mesures les plus appropriées lui permettant de remplir son obligation, compte tenu des circonstances. Les mesures prises doivent néanmoins assurer une protection réelle, permettre de faire cesser les atteintes dont l'hydrogéologue agréé est victime et réparer le préjudice qui en est résulté. Elles ne se limitent donc pas uniquement à la prise en charge des honoraires d'avocat et des frais de procédure, même si cette intervention financière est fréquente.

L'hydrogéologue agréé ne peut pas bénéficier de la protection fonctionnelle en cas de faute personnelle détachable des fonctions, lorsque les attaques ou poursuites n'ont aucun lien avec les fonctions ou lorsque l'hydrogéologue agréé est victime d'une infraction involontaire, comme par exemple un accident de la circulation subi dans l'exercice des fonctions.

Le silence gardé pendant plus de deux mois par l'administration après réception de la demande de protection fonctionnelle vaudra décision implicite de rejet. Que ce soit dans le cadre d'une décision implicite ou d'une décision explicite de rejet, l'hydrogéologue agréé en matière d'hygiène publique peut faire un recours gracieux ou hiérarchique auprès de l'autorité administrative compétente. Il peut également saisir le juge administratif dans les deux mois suivant la naissance de la décision implicite ou la notification de la décision explicite.

Concernant la prise en charge des frais d'avocat, l'hydrogéologue agréé en matière d'hygiène publique est libre du choix de son avocat. Ainsi, la décision de recourir à un avocat lui revient, indépendamment de la suite que pourrait réserver l'administration à la demande de protection fonctionnelle.

En revanche, l'hydrogéologue agréé en matière d'hygiène publique doit communiquer sans délai à l'administration le nom de l'avocat choisi.

Si une convention n'a pas encore été conclue, l'administration prendra l'attache de l'avocat afin de négocier avec lui les modalités de prise en charge des frais et honoraires.

En cas d'accord, une convention sera conclue entre l'avocat, l'administration et, le cas échéant l'hydrogéologue agréé en matière d'hygiène publique. Dans ce cas, ce dernier n'aura pas à avancer les frais et honoraires d'avocat (ex : frais de consignation, etc.). L'administration réglera directement à l'avocat les frais prévus par la convention.

En l'absence de convention avec l'administration (soit parce que l'hydrogéologue agréé en matière d'hygiène publique a déjà conclu une convention d'honoraires avec son avocat, soit en raison d'un désaccord sur le montant des diligences devant être prises en charge par l'administration), celle-ci réglera directement les frais sur présentation des factures préalablement acquittées par l'hydrogéologue agréé en matière d'hygiène publique. Toutefois, elle ne sera pas tenue de lui rembourser l'intégralité des frais d'avocat, notamment lorsque le nombre d'heures facturées apparaît manifestement excessif.

Enfin, si l'hydrogéologue agréé en matière d'hygiène publique décide de changer d'avocat en cours de procédure, il doit en informer sans délai l'administration.

Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles

**Arrêté du 5 juin 2025 portant nomination au Conseil national
de l'Ordre national des pharmaciens**

NOR : TSSH2530262A

La ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles,

Vu l'article L. 4231-4 du code de la santé publique ;

Vu la proposition du Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche,

Arrête :

Article 1^{er}

Madame Cécile LE GAL FONTES, professeur d'université en droit et économie de la santé à l'université de Montpellier, est nommée, sur proposition du ministre auprès de la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche, membre du Conseil national de l'Ordre national des pharmaciens.

Article 2

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

Fait le 5 juin 2025.

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

Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles

**Arrêté du 5 juin 2025 portant nomination au conseil central de la section C
de l'Ordre national des pharmaciens**

NOR : TSSH2530263A

La ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles,

Vu l'article L. 4232-8 du code de la santé publique ;

Vu la proposition du Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche,

Arrête :

Article 1^{er}

Madame Anne-Catherine MAILLOLS-PERROY, professeur de droit et d'économie pharmaceutique à l'université de Lille 2, est nommée sur proposition du ministre auprès de la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche, membre du conseil central de la section C de l'Ordre national des pharmaciens.

Article 2

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

Fait le 5 juin 2025.

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

Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles

**Arrêté du 5 juin 2025 portant nomination au conseil central de la section D
de l'Ordre national des pharmaciens**

NOR : TSSH2530264A

La ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles,

Vu l'article L. 4232-9 du code de la santé publique ;

Vu la proposition du Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche,

Arrête :

Article 1^{er}

Madame Valérie SIRANYAN, maître de conférence à la Faculté de pharmacie de Lyon 1, est nommée sur proposition du ministre auprès de la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche, membre du conseil central de la section D de l'Ordre national des pharmaciens.

Article 2

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

Fait le 5 juin 2025.

Pour la ministre et par délégation :

La cheffe de service, adjointe à la directrice générale
de l'offre des soins,
Clotilde DURAND

Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles

**Arrêté du 5 juin 2025 portant nomination au conseil central de la section D
de l'Ordre national des pharmaciens**

NOR : TSSH2530265A

La ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles,

Vu l'article L. 4232-9 du code de la santé publique,

Arrête :

Article 1^{er}

Madame Sonia RUAS, pharmacienne inspectrice de santé publique, est nommée représentante, à titre consultatif, de la ministre chargée du travail, de la santé, des solidarités et des familles, auprès du conseil central de la section D de l'Ordre national des pharmaciens.

Article 2

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

Fait le 5 juin 2025.

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

Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles

**Arrêté du 5 juin 2025 portant nomination au conseil central de la section G
de l'Ordre national des pharmaciens**

NOR : TSSH2530266A

La ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles,

Vu l'article L. 4232-15 du code de la santé publique,

Arrête :

Article 1^{er}

Madame Isabelle JAYET, pharmacienne inspectrice de la santé publique, est nommée représentante, à titre consultatif, de la ministre chargée du travail, de la santé, des solidarités et des familles auprès du conseil central de la section G de l'Ordre national des pharmaciens.

Article 2

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

Fait le 5 juin 2025.

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

Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles

**Arrêté du 5 juin 2025 portant nomination au conseil central de la section H
de l'Ordre national des pharmaciens**

NOR : TSSH2530267A

La ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles,

Vu l'article L. 4232-15-1 du code de la santé publique ;

Vu la proposition du Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche,

Arrête :

Article 1^{er}

Monsieur Antoine DUPUIS, professeur des universités à l'UFR de médecine et de pharmacie à l'université de Poitiers, est nommé sur proposition du ministre auprès de la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche, membre du conseil central de la section H de l'Ordre national des pharmaciens.

Article 2

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

Fait le 5 juin 2025.

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

Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles

**Arrêté du 5 juin 2025 portant nominations au conseil central de la section B
de l'Ordre national des pharmaciens**

NOR : TSSH2530268A

La ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles,

Vu l'article L. 4232-7 du code de la santé publique ;

Vu la proposition du Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche,

Arrête :

Article 1^{er}

Madame Anne-Catherine MAILLOLS-PERROY, professeur de droit et d'économie pharmaceutique à l'université de Lille 2, et M. Pierre TCHORELOFF, professeur à l'UFR de pharmacie de Paris-Sud, sont nommés sur proposition du ministre auprès de la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche, membres du conseil central de la section B de l'Ordre national des pharmaciens.

Article 2

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

Fait le 5 juin 2025.

Pour la ministre et par délégation :

La cheffe de service, adjointe à la directrice générale
de l'offre des soins,
Clotilde DURAND

Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles

**Arrêté du 5 juin 2025 portant nomination au conseil central de la section E
de l'Ordre national des pharmaciens**

NOR : TSSH2530269A

La ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles,

Vu l'article L. 4232-14 du code de la santé publique ;

Vu la proposition du Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche,

Arrêté :

Article 1^{er}

Madame Odile CHAMBIN, professeur de pharmacie galénique – biopharmacie à l'UFR des sciences de santé de l'Université de Dijon, est nommée sur proposition du ministre auprès de la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche, membre du conseil central de la section E de l'Ordre national des pharmaciens.

Article 2

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

Fait le 5 juin 2025.

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

Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles

**Arrêté du 5 juin 2025 modifiant l'arrêté du 5 mars 2024 portant nomination
des membres du conseil d'administration de l'Agence régionale de santé
Centre-Val de Loire**

NOR : TSSZ2530270A

La ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles,

Vu l'article 119 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 ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1432-3 et D. 1432-15 à D. 1432-17 ;

Vu l'arrêté du 5 mars 2024 modifié portant nomination des membres du conseil d'administration de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire,

Arrête :

Article 1^{er}

Sont nommés membres du conseil d'administration de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire au titre du I.-3° de l'article D. 1432-15, représentants des collectivités territoriales :

- Joël BILLARD, titulaire et Michèle BONTHOUX et Catherine LEMAIRE suppléantes, désignés par l'Association des maires de France ;
- Valérie MARTIN, titulaire en remplacement de Jean-Jacques MALET.

Article 2

La secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 5 juin 2025.

Pour la ministre et par délégation :
Le chef de service du Pôle santé-ARS,
Yann DEBOS

Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles

Arrêté du 5 juin 2025 modifiant l'arrêté du 26 novembre 2024 portant nomination des membres du conseil d'administration de l'Agence régionale de santé de Guadeloupe

NOR : TSSZ2530271A

La ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles,

Vu l'article 119 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 ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1432-3 et D. 1432-15 à D. 1432-17 ;

Vu l'arrêté du 26 novembre 2024 modifié portant nomination des membres du conseil d'administration de l'Agence régionale de santé de Guadeloupe,

Arrête :

Article 1^{er}

Sont nommés membres du conseil d'administration de l'Agence régionale de santé de Guadeloupe :

- au titre du I.-1° de l'article D. 1432-15 : Cyrille LE VELY en remplacement de Vincent BERTON ;
- au titre du I.-2° c) de l'article D. 1432-15 : Pierre-Jean DALLEAU en remplacement de Jean-Yves CASANO.

Article 2

La secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 5 juin 2025.

Pour la ministre et par délégation :
Le chef de service du Pôle santé-ARS,
Yann DEBOS

Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles

Arrêté du 6 juin 2025 portant composition de la commission consultative paritaire compétente à l'égard des agents contractuels relevant des ministères chargés des affaires sociales

NOR : TSSR2530272A

La ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles,

Vu le code général de la fonction publique, notamment le titre VI ;

Vu le décret n° 78-457 du 17 mars 1978 modifié fixant les dispositions applicables aux agents contractuels de l'administration centrale et des services extérieurs du ministère du travail et du ministère de la santé et de la sécurité sociale ;

Vu le décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 modifié relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de l'État, notamment son article 1^{er} ;

Vu le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 modifié fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'État ;

Vu le décret n° 2016-151 du 11 février 2016 modifié relatif aux conditions et modalités de mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique et la magistrature, notamment l'article 10 ;

Vu l'arrêté du 24 mai 2022 relatif à la commission consultative paritaire compétente à l'égard des agents contractuels relevant des ministères chargés du travail, de l'emploi, de l'insertion, de la santé et des solidarités ;

Vu l'arrêté du 2 avril 2025 portant composition de la commission consultative paritaire compétente à l'égard des agents contractuels relevant des ministères chargés des affaires sociales ;

Vu le procès-verbal du résultat des élections de décembre 2022 pour la désignation des représentants du personnel à la commission consultative paritaire compétente à l'égard des agents contractuels relevant des ministères chargés des affaires sociales ;

Sur proposition de la directrice des ressources humaines,

Arrête :

Article 1^{er}

Sont nommés représentants du personnel à la commission administrative paritaire compétente à l'égard agents contractuels relevant des ministères chargés des affaires sociales :

NIVEAUX	MEMBRES TITULAIRES	MEMBRES SUPPLÉANTS	LISTE
Niveau supérieur de fonctions	M. Pascal LEPRETRE M. Frédéric ALBERT	M. Gilles HEBBRECHT M. Pascal MELIHAN-CHEININ	UNSA
Autres niveaux de fonctions	M. Aurélien MANSART Mme Sandrine PERROT M. Ponemoudy KICHENASSAMY Mme Isabelle FOUQUE	Mme Marion DUVAL Mme Mary-Ann PIPER M. Nicolas TONUS Mme Jaspal DE OLIVEIRA GIL	CGT
	M. Laurent PETELET M. Théophile TOSSAVI M. Franck DOLLE	M. Lailina ASSANI M. Romuald SAZERAT M. Moussa DABO	CFDT
	Mme Caroline PAUL Mme Isabelle LAFAYE	M. Romain FLEURY M. Yacine KHATTAL	UNSA
	M. Alain PLACET	Mme Karima MAHIDA	FO

Article 2

Sont nommés représentants de l'administration à la commission administrative paritaire compétente à l'égard des agents contractuels relevant des ministères chargés des affaires sociales :

Membres titulaires

- Mme Caroline GARDETTE-HUMEZ, directrice des ressources humaines du Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles ;
- Mme Géraldine BOFILL, cheffe du Service des politiques sociales et des parcours et adjointe à la directrice des ressources humaines, Direction des ressources humaines du Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles ;
- Mme Fabienne BOUSSIN, cheffe du Service du pilotage et de la gestion des ressources humaines et adjointe à la directrice des ressources humaines, Direction des ressources humaines du Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles ;
- M. Benoît GERMAIN, sous-directeur du dialogue social, politiques sociales et conditions de travail, Direction des ressources humaines du Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles ;
- Mme Gwenaëlle BOISARD, directrice adjointe de l'Unité départementale des Hauts-de-Seine, Direction régionale interdépartementale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Île-de-France ;
- Mme Maxime-Margaret LOIRY, adjointe au chef du bureau des personnels contractuels, Direction des ressources humaines du Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles ;
- M. Maxime BEAUGRAND, chef du Bureau des personnels contractuels, Direction des ressources humaines du Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles ;
- Mme Odile BRISQUET, cheffe du Bureau du droit de la fonction publique et de la déontologie, Sous-direction de l'administration, Direction des affaires juridiques ;
- M. Cyril PERIÉ, adjoint au chef de la Division des affaires générales, Direction de la sécurité sociale ;
- Mme Sandrine LEFEVRE, responsable ressources humaines et management social, Direction régionale de l'économie de l'emploi du travail et des solidarités des Hauts-de-France ;

- M. Julien COMBOT, adjoint au sous-directeur du dialogue social, politiques sociales et conditions de travail, chef du Bureau du dialogue social, de l'expertise juridique et statutaire Direction des ressources humaines du Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles ;
- M. Gilles PEREIRA, chef de la Mission qualité de vie au travail, santé et sécurité au travail, Direction des ressources humaines du Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles.

Membres suppléants

- Mme Juliette CAHEN, cheffe du Bureau procédures individuelles et précontentieux, Direction des ressources humaines du Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles ;
- M. Nicolas BURGAIN, adjoint à la cheffe du Bureau procédures individuelles et précontentieux, Direction des ressources humaines du Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles ;
- M. Jérôme SCHIAVONE, chef du Bureau santé, sécurité au travail et qualité de vie au travail, Direction des ressources humaines du Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles ;
- M. Alexandre DELPORT, chef de la Division des affaires générales, Direction de la sécurité sociale ;
- M. Arnaud SEGUIN, chef du Bureau des partenariats et diversification des parcours individuels, Direction des ressources humaines du Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles ;
- Mme Véronique VERBIE-DUFAY, adjointe à la cheffe du Bureau des ressources humaines et des affaires générales, Direction générale du travail ;
- Mme Carine DELPY, cheffe du Bureau des ressources humaines et des affaires générales, Direction générale du travail ;
- Mme Shérazade GACEM, adjointe à la cheffe du Bureau des ressources humaines et des affaires générales, Direction des ressources humaines du Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles ;
- Mme Laurence DEGENNE-SHORTEN, directrice adjointe de l'unité départementale de la Seine-Saint-Denis, Direction régionale interdépartementale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Ile-de-France ;
- M. Stéphane SCHEMBRE, responsable des ressources humaines, Direction régionale interdépartementale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Île-de-France ;
- Mme Véronique VEDIE, cheffe du Bureau des ressources humaines et des affaires générales, Direction des ressources humaines du Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles ;
- Mme Martine LABORDE-CHIOCCHIA, directrice de projet auprès du délégué aux affaires européennes et internationales.

Article 3

L'arrêté du 2 avril 2025 portant composition de la commission consultative paritaire compétente à l'égard des agents contractuels relevant des ministères chargés des affaires sociales est abrogé.

Article 4

La directrice des ressources humaines est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité et au Bulletin officiel Travail - Emploi - Formation professionnelle.

Fait le 6 juin 2025.

Pour la ministre et par délégation :
La cheffe du Bureau procédures
individuelles et précontentieux,
Juliette CAHEN

Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles

Convention du 10 juin 2025 portant délégation de gestion relative à la représentation du ministère chargé de la santé et au secrétariat de certaines instances

NOR : TSSZ2530275X

La présente convention est conclue dans le cadre du décret n° 2004-1085 du 14 octobre 2004 modifié relatif à la délégation de gestion dans les services de l'Etat,

Entre :

La Direction générale de la santé, représentée par la directrice générale de la santé par intérim, également désignée « DGS » ou « le délégant », d'une part,

Et

La Direction des affaires juridiques, représentée par la directrice des affaires juridiques, également désignée « DAJ » ou « le délégataire », d'autre part.

Il est convenu ce qui suit :

Préambule

La Direction des affaires juridiques, qui centralise, depuis sa réorganisation, les fonctions juridiques des ministères chargés des affaires sociales, s'est vu transférer des missions et les agents correspondant, en application du décret n° 2021-307 et de l'arrêté du 23 mars 2021 relatifs à la fonction juridique des ministères sociaux, qui sont entrés en vigueur le 1^{er} mai 2021.

Les agents affectés à la DAJ dans le cadre de cette réorganisation exerçaient notamment des missions de représentation du ministre et des fonctions de secrétariat pour certaines d'entre-elles. Or les textes applicables à celles-ci prévoient qu'il appartient en principe à la Direction générale de la santé de représenter le ministre ou d'assurer le secrétariat de ces instances.

Il est donc nécessaire de prévoir par la présente convention que les agents relevant désormais de la DAJ exercent ces missions pour le compte de la DGS, qui en délègue la gestion à la DAJ.

Article 1^{er}

Le directeur général de la santé délègue à la directrice des affaires juridiques la mission de secrétariat de la Commission nationale d'agrément des associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique instituée par l'article L. 1114-1 du Code de la santé publique, conformément à l'article R. 1114-7 du Code de la santé publique.

La représentation du directeur général de la santé au sein de cette commission, en application de l'article R. 1114-5 du même code, est assurée conjointement par le directeur général de la santé et la directrice des affaires juridiques ou par leurs représentants.

Article 2

Le directeur général de la santé délègue à la directrice des affaires juridiques ou à ses représentants la mission de représentation du directeur général de la santé au conseil d'administration du Fonds d'indemnisation de victimes de l'amiante prévue à l'article 1^{er} du décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 modifié relatif au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante institué par l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001.

Article 3

Le délégant apportera au délégataire toute information nécessaire à l'exercice de ces missions.

Le délégataire suivra les instructions qui lui seront, le cas échéant, données par le délégant et informera ce dernier de l'exécution de ces mandats de représentation et de prise en charge des activités de secrétariat.

Article 4

Les dépenses induites par la délégation seront imputées sur les programmes prenant en charge les activités concernées, par le délégataire.

Article 5

Toute modification des conditions ou modalités d'exécution du présent document, définie d'un commun accord entre les parties, fait l'objet d'un avenant, dont un exemplaire est transmis à chaque partie et est publié dans les mêmes conditions.

Article 6

La présente convention prendra fin un an après sa signature ou à une date antérieure en cas de modification des textes relatifs à la représentation du ministère au sein de la Commission nationale d'agrément des associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique ou aux fonctions de secrétariat de cette commission ou à la représentation du ministère au sein du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante.

Article 7

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

Fait le 10 juin 2025.

La directrice générale de la santé par intérim,
Sarah SAUNERON

La directrice des affaires juridiques,
Pearl NGUYÊN DUY

Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles

Arrêté du 10 juin 2025 portant composition de la commission administrative paritaire compétente à l'égard des corps de fonctionnaires de catégorie A

NOR : TSSR2530274A

La ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles,

Vu le code général de la fonction publique, notamment le titre VI ;

Vu le décret n° 90-973 du 30 octobre 1990 portant statut particulier du corps des ingénieurs du génie sanitaire ;

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

Vu le décret n° 93-292 du 8 mars 1993 portant statut particulier du corps des professeurs d'enseignement général de l'Institut national des jeunes aveugles ;

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

Vu le décret n° 93-294 du 8 mars 1993 portant statut particulier du corps des professeurs d'enseignement technique des instituts nationaux de jeunes sourds et de l'Institut national des jeunes aveugles ;

Vu le décret n° 2002-1569 du 24 décembre 2002 portant statut particulier du corps de l'inspection de l'action sanitaire et sociale ;

Vu le décret n° 2011-1317 du 17 octobre 2011 portant statut particulier du corps interministériel des attachés d'administration de l'État ;

Vu le décret n° 2012-762 du 9 mai 2012 portant dispositions statutaires communes aux corps d'infirmiers de catégorie A des administrations de l'État ;

Vu le décret n° 2017-1051 du 10 mai 2017 portant statut particulier du corps interministériel des assistants de service social des administrations de l'État ;

Vu le décret n° 2017-1052 du 10 mai 2017 portant statut particulier du corps interministériel des conseillers techniques de service social des administrations de l'État ;

Vu le décret n° 2019-420 du 7 mai 2019 portant statut particulier du corps des éducateurs spécialisés des instituts nationaux de jeunes sourds et de l'Institut national des jeunes aveugles ;

Vu l'arrêté du 2 juin 2022 relatif aux commissions administratives paritaires compétentes à l'égard de certains corps de fonctionnaires relevant des ministres chargés du travail, de l'emploi, de l'insertion, de la santé et des solidarités ;

Vu le procès-verbal du résultat des élections de décembre 2022 pour la désignation des représentants du personnel à la commission administrative paritaire compétente à l'égard des corps de fonctionnaires de catégorie A ;

Vu l'arrêté du 4 décembre 2024 portant composition de la commission administrative paritaire compétente à l'égard des corps de fonctionnaires de catégorie A ;

Sur proposition de la directrice des ressources humaines,

Arrête :

Article 1^{er}

Sont nommés représentants du personnel à la commission administrative paritaire compétente à l'égard des corps de fonctionnaires de catégorie A :

MEMBRES TITULAIRES	MEMBRES SUPPLÉANTS	LISTE
M. Julien KOUNOWSKI M. Alain OLMOS M. Frédéric LE LOUEDEC	Mme Catherine RIBAUT Mme Stéphanie EGRON Mme Nathalie GIRARD	UNSA
Mme Françoise LALLIER M. Stéphane L'HOMEL	M. Jean-Paul LEROUX Mme Anne FOUGERAY	CFDT
M. Nicolas TASSO Mme Isabelle TETEGAN-LUDOVSKY	M. Adrien DRIOLI-KOPIAN Mme Béatrice MOURLANE	CGT
M. Juan NAVARRO	M. Arnaud TRANCHANT	FO

Article 2

Sont nommés représentants de l'administration à la commission administrative paritaire compétente à l'égard des corps de fonctionnaires de catégorie A :

Membres titulaires

- Mme Caroline GARDETTE-HUMEZ, directrice des ressources humaines du Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles ;
- Mme Géraldine BOFILL, cheffe du Service des politiques sociales et des parcours, Direction des ressources humaines du Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles ;
- M. Romain SERGENT, adjoint au chef du Bureau des personnels administratifs de catégorie A, Direction des ressources humaines du Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles ;
- Mme Véronique VERBIE-DUFAY, adjointe à la cheffe du Bureau des ressources humaines et des affaires générales, Direction générale du travail ;
- M. Alexandre DELPORT, chef de la Division des affaires générales, Direction de la sécurité sociale ;
- Mme Gwenaëlle BOISARD, directrice adjointe de l'Unité départementale des Hauts-de-Seine, Direction régionale interdépartementale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Ile-de-France ;

- M. Julien COMBOT, adjoint au sous-directeur du dialogue social, politiques sociales et conditions de travail, chef du Bureau du dialogue social, de l'expertise juridique et statutaire Direction des ressources humaines du Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles ;
- M. Stéphane SCHEMBRE, responsable des ressources humaines, Direction régionale interdépartementale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités d'Ile-de-France.

Membres suppléants

- Mme Juliette CAHEN, cheffe du Bureau procédures individuelles et précontentieux, Direction des ressources humaines du Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles ;
- M. Benoît GERMAIN, sous-directeur du dialogue social, politiques sociales et conditions de travail, Direction des ressources humaines du Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles ;
- M. David BRESSOT, chef de projet du dispositif de signalement, Service stratégie compétences et vie au travail, Direction des ressources humaines du Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles ;
- M. Arnaud SEGUIN, chef du Bureau des partenariats et diversification des parcours individuels, Direction des ressources humaines du Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles ;
- Mme Myriam LEMAIRE, cheffe du Bureau ressources humaines et des affaires générales, Direction générale de la cohésion sociale ;
- M. Nicolas BURGAIN, adjoint à la cheffe du Bureau procédures individuelles et précontentieux, Direction des ressources humaines du Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles ;
- Mme Anne GRAILLOT, directrice adjointe régionale, Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités de Bretagne ;
- Mme Cécile ROUCHEYROLLE, cheffe du Bureau de l'encadrement supérieur, Direction des ressources humaines du Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles.

Article 3

L'arrêté du 4 décembre 2024 portant composition de la commission administrative paritaire compétente à l'égard des corps de fonctionnaires de catégorie A est abrogé.

Article 4

La directrice des ressources humaines est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Bulletin officiel Travail - Emploi - Formation professionnelle et au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 10 juin 2025.

Pour la ministre et par délégation :
La cheffe du Bureau procédures
individuelles et précontentieux,
Juliette CAHEN



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,
DES SOLIDARITÉS
ET DES FAMILLES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

INSTRUCTION N° DGOS/AS3/RH5/2025/73 du 12 juin 2025 relative à l'accès aux soins non programmés et de médecine d'urgence durant l'été 2025

La ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles
Le ministre auprès de la ministre du travail, de la santé, des solidarités
et des familles, chargé de la santé et de l'accès aux soins

à

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

Référence	NOR : TSSH2515436J (numéro interne : 2025/73)
Date de signature	12/06/2025
Emetteurs	Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
Objet	Accès aux soins non programmés et de médecine d'urgence durant l'été 2025.
Action à réaliser	Mettre en place des actions visant à permettre au système de santé de gérer les situations de tension durant l'été 2025.
Résultat attendu	Mettre en place des plans d'action ville-hôpital sur la base de diagnostics territorialisés.
Echéance	Été 2025
Contacts utiles	Sous-direction de l'accès aux soins et du premier recours Bureau de la médecine d'urgence et des soins non programmés (AS3) Mél. : DGOS-AS3@sante.gouv.fr Sous-direction des ressources humaines du système de santé Bureau des personnels médicaux des établissements de santé (RH5) Mél. : DGOS-RH5@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	7 pages + 3 annexes (12 pages) Annexe 1 – Mesures organisationnelles Annexe 2 – Leviers RH Annexe 3 – Gestion des tensions hospitalières

Résumé	L'instruction détaille les attendus du ministère pour la mise en place de plans d'action territoriaux visant à garantir l'accès aux soins non programmés et de médecine d'urgence durant la période estivale 2025, dans un contexte de tensions RH et de congés.
Mention Outre-mer	Ce texte s'applique en l'état aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française et de la Nouvelle-Calédonie.
Mots-clés	Soins non programmés ; permanence des soins ambulatoires ; service d'accès aux soins ; médecine d'urgence ; urgences ; aide médicale urgente.
Classement thématique	Établissements de santé - Organisation
Texte de référence	Néant
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Établissements sanitaires et professionnels de santé.
Validée par le CNP du 6 juin 2025 - Visa CNP 2025-26	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

Chaque été, les tensions sur l'offre de soins, en ville comme à l'hôpital, ont tendance à s'accroître du fait des congés, de l'afflux touristique dans certains territoires et des éventuelles vagues de chaleur. Elles appellent à une **vigilance particulière de l'ensemble des acteurs de santé et rendent nécessaire une organisation anticipée du système de soins dans son ensemble afin de garantir partout, et à chacun de nos concitoyens, l'accès aux soins non programmés et aux soins de médecine d'urgence.**

Pouvoirs publics, Ordres, représentants des professionnels de santé, fédérations hospitalières : tous les acteurs sont appelés à se mobiliser pour anticiper au mieux les difficultés, en particulier en termes de plannings et de continuité de l'activité.

I. Rappel du contexte

Ces dernières années, des mesures ont été prises pour mobiliser le système hospitalier à l'approche des périodes de tensions estivales et hivernales. D'une part, la majeure partie des mesures dérogatoires de l'été 2022 ont été inscrites dans le droit commun à l'occasion de la réforme des autorisations de médecine d'urgence qui s'est déployée en 2024. D'autre part, la généralisation des services d'accès aux soins (SAS) est désormais effective avec plus de 97% du territoire métropolitain couvert.

Le retour d'expérience des ARS sur la gestion des tensions hivernales 2024-2025 a montré l'importance de ces leviers pour :

- **Assurer la réponse aux besoins de soins non programmés** des patients sur le territoire (aide médicale urgente ou soins de ville), *via* la montée en charge des SAS ;
- **Éviter les fermetures « sèches » et recentrer l'activité sur les urgences**, à travers la possibilité de régulation à l'entrée des urgences (*via* le centre 15 avec la présence d'un professionnel de santé à l'entrée de la structure qui détecte l'urgence vitale ou qui s'assure que le patient a été adressé par la médecine libérale) ;

- **Trouver des solutions d'hospitalisation d'aval** et tendre vers l'objectif qu'il n'y ait plus d'attente déraisonnable sur un brancard, notamment au travers de la montée en charge des dispositifs de gestion des lits (« *bed management* ») ;
- **Piloter au mieux les tensions sur le système hospitalier**, en clarifiant et uniformisant les doctrines de déclaration des tensions et de déclenchement de plans de gestion interne pour faire face aux tensions.

Aussi, en anticipation de ces périodes de tensions, il est en particulier demandé aux agences régionales de santé de :

- **Identifier les territoires à risque** de rupture saisonnière d'accès aux soins ;
- **Déployer des plans d'action territorialisés** et œuvrer à créer une dynamique territoriale de mobilisation avec tous les relais institutionnels (notamment le réseau de l'Assurance maladie) et professionnels de ville (en particulier les Ordres professionnels, les URPS et les associations de permanence des soins) ;
- **Organiser des échanges avec les opérateurs de soins** pour évaluer les potentielles difficultés et trouver des solutions en amont de la saison estivale mais aussi à l'annonce d'un épisode de canicule et durant ce dernier pour évaluer l'impact sur l'offre de soins ;
- **Assurer la remontée d'informations quant à la situation des établissements de santé**, en renseignant, chaque jeudi, l'enquête hebdomadaire de la DGOS *via* l'outil SOLEN (enquête qui vise à évaluer la situation de l'ensemble des établissements de santé et repérer les éventuelles tensions ; la fréquence de recueil pourra être bi-hebdomadaire en fonction de la situation).

II. Mobilisation de la médecine de ville

a) Garantir la continuité des soins

La médecine de ville assure la majorité des besoins de soins non programmés. Aussi, durant les périodes de congés estivaux, le risque de rupture est accru avec un effet report sur les structures de médecine de ville ouvertes et, *in fine*, les urgences hospitalières.

La loi¹ rappelle l'obligation pour le Conseil départemental de l'Ordre des médecins (CDOM) de veiller au respect de l'obligation de continuité des soins et d'en informer le directeur général de l'ARS. En termes d'information, il est également précisé que tout médecin est chargé d'indiquer à ses patients à qui s'adresser en son absence.

- **Il vous est demandé de vous rapprocher des CDOM afin d'identifier les territoires sur lesquels des difficultés particulières de continuité des soins sont anticipées pendant la période estivale et notamment les semaines du 14 juillet au 17 août 2025, et de mettre en place d'éventuelles actions de sensibilisation et de mobilisation.**

b) S'assurer de la complétude des tableaux de garde de permanence des soins ambulatoires (PDSA)

La PDSA repose sur le principe d'une responsabilité collective des médecins mais leur participation est un devoir et un principe déontologique² dont le Conseil de l'Ordre des médecins est le garant. Ce dernier doit ainsi s'assurer que l'organisation prévue par les cahiers des charges est effective, c'est-à-dire que les tableaux de garde sont complets et respectés.

¹ Article L. 6315-1 du Code de la santé publique : « La continuité des soins aux malades est assurée quelles que soient les circonstances. Lorsque le médecin se dégage de sa mission de soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, il doit indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence. Le Conseil départemental de l'Ordre veille au respect de l'obligation de continuité des soins et en informe le directeur général de l'agence régionale de santé ».

² Article R. 4127-77 du Code de la santé publique : « Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent ».

En cas d'incomplétude des tableaux de garde, le CDOM sollicite l'avis de l'union régionale des professionnels de santé représentant les médecins libéraux (URPS-ML), des représentants des médecins des centres et maisons de santé au niveau départemental et des associations de permanence des soins pour compléter le tableau de garde des médecins régulateurs et effecteurs.

En cas d'incomplétude persistante des tableaux de garde, le DG ARS, informé par le CDOM, peut proposer au préfet la réquisition de médecins.

- **Il vous est demandé de vous assurer de la complétude des tableaux de garde de PDSA et de procéder, le cas échéant, en lien avec les préfets aux réquisitions pour assurer la PDSA les débuts de soirées, week-ends et jours fériés sur la période estivale et notamment pendant les semaines du 14 juillet au 17 août 2025.**

c) Utiliser la possibilité d'étendre les horaires de la permanence des soins

Fixés réglementairement³, les horaires de la permanence des soins peuvent, en fonction des besoins de la population et de l'offre de soins disponible, être étendus au lundi, lorsqu'il précède un jour férié, au vendredi et au samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

- **Il vous est demandé de prévoir cet aménagement pour le samedi 16 août.**

d) Accompagner la montée en charge des services d'accès aux soins (SAS)

Les demandes de soins non programmés, soins qui ne sont pas des urgences médicales mais nécessitent de consulter un professionnel de santé sous 48 heures, ont lieu très majoritairement aux horaires d'ouverture des cabinets médicaux. **La généralisation et la montée en puissance du SAS**, qui couvre 97% du territoire, doit permettre d'orienter les patients qui appellent le 15 vers la solution la plus adaptée à leur situation.

Par ailleurs, le déploiement des filières psychiatriques du SAS se poursuit depuis 2022 avec près d'une vingtaine de projets en cours. Ces filières permettent d'aider les professionnels du SAS à apporter une réponse satisfaisante et pertinente sur les thématiques de santé mentale et de psychiatrie.

Les ARS sont invitées à déployer les SAS dans les quelques territoires encore non couverts, mais surtout à **soutenir et promouvoir toutes les actions facilitant la mise en œuvre opérationnelle des SAS** (élargissement de la réserve de médecins régulateurs, ARM et opérateurs de soins non programmés ; déploiement d'outils de téléphonie et de logiciels médicaux interopérables entre les médecins régulateurs urgentistes et généralistes afin de faciliter la régulation déportée ; promotion de l'inscription sur la plateforme nationale auprès des professionnels de santé prenant en charge les patients en effecton sur orientation du SAS). Une attention spécifique est demandée au sujet des filières psychiatriques des SAS pour les promouvoir et faciliter leur mise en œuvre opérationnelle lorsqu'elles existent (mobilisation des effecteurs psychiatriques et déploiement d'outils) et initier une réflexion, à l'aune de la période estivale, lorsqu'elles n'existent pas encore.

- **Il vous est demandé de déployer le SAS dans les quelques territoires encore non couverts, d'initier une réflexion sur le déploiement de filières psychiatriques du SAS et, plus largement, d'accompagner la montée en charge de l'ensemble des SAS avec une vigilance accrue sur les moyens disponibles en régulation et en effecton pendant la période estivale.**

³ Article R. 6315-1 du Code de la santé publique.

III. Anticipation des tensions par les établissements de santé

a) Garantir la complétude des tableaux de présence

Les congés d'été ont aussi pour conséquence une plus grande difficulté à assurer la continuité de présence des professionnels médicaux et paramédicaux hospitaliers. L'anticipation des plannings et des fermetures de lits est ainsi essentielle. Comme c'est l'usage, **toutes les mesures permettant de maintenir la continuité des soins et une présence des effectifs adaptée à l'activité** dans les services doivent être employées par les directions d'établissements (exemples : anticipation des congés, recours à des renforts saisonniers).

Lorsque les difficultés de complétude des plannings persistent, leur identification doit permettre aux établissements d'anticiper les mesures à prendre pour assurer la continuité du service (exemples : mise en place de régulation temporaire de l'accès aux urgences par arrêté de l'ARS, organisation de lignes de garde communes SU-SMUR).

Selon la situation, l'ARS peut demander des modifications des plannings et des organisations prévues par les établissements pour assurer une cohérence territoriale des ressources. Elle peut par exemple proposer et accompagner la concentration des ressources humaines disponibles sur le territoire afin d'assurer le maintien d'un point d'accès à la médecine d'urgence sans régulation préalable avec la mobilisation du *pool* d'urgentistes. Elle peut également demander une révision des plannings afin d'éviter, pour une même journée ou nuit, un manque de ressources simultanément pour plusieurs établissements de santé d'un même bassin de population.

- **Il vous est demandé, si cela n'est pas déjà fait, de recueillir rapidement les fermetures prévisionnelles de lits, les plannings prévisionnels lorsque cela est possible pour les mois de juillet et d'août ainsi que les difficultés éventuelles et les organisations prévues en conséquence. Vous vous assurez de la continuité des soins pour chaque bassin de population, tant pour les points d'accès à la médecine d'urgence que pour les capacités d'aval.**
- **Il est par ailleurs demandé aux ARS de veiller à ce qu'une organisation de la prise en charge des urgences psychiatriques soit assurée, dans les structures des urgences ou dans des structures spécifiques lorsqu'elles existent⁴.**

b) S'assurer du respect par tous les établissements de santé, publics comme privés, des conditions d'exercice prévues pour les structures de médecine d'urgence

L'ensemble des obligations concernant l'implantation et le fonctionnement des structures de médecine d'urgence doit être respecté en continu par tous les établissements de santé sièges de structure de médecine d'urgence, publics comme privés. S'il existe des possibilités de mise en œuvre de régulation de l'accès aux urgences sous conditions, la structure des urgences doit prendre en charge tous les patients se présentant spontanément ou étant adressés par le SAMU relevant de la médecine d'urgence⁵.

c) Anticiper les éventuelles mesures relatives à l'accès aux structures des urgences

La réforme des autorisations de la médecine d'urgence a sécurisé et pérennisé plusieurs modalités d'organisation. Elles incluent notamment la **régulation temporaire de l'accès aux urgences**. Il est en outre possible de procéder de façon transitoire à des **suspensions temporaires d'activités**.

⁴ Article L. 3221-5-1 du Code de la santé publique.

⁵ Article R. 6123-1 du Code de la santé publique.

Les établissements de santé doivent systématiquement se rapprocher de l'ARS afin qu'un arrêté soit établi suffisamment en avance pour assurer la bonne information des acteurs du territoire sur les mesures mises en place. En particulier, le service d'accès aux soins, les autres structures de médecine d'urgence du territoire, les représentants de la médecine de ville, les services d'incendie et de secours et les entreprises de transport sanitaire devront être prévenus afin qu'ils puissent anticiper l'impact de la mise en place du dispositif sur leur fonctionnement.

Enfin, les pratiques de **réorientation à l'entrée des urgences** par le médecin (ou par l'infirmier d'organisation de l'accueil lorsqu'il existe un protocole) doivent être encouragées et développées afin de replacer le patient dans la bonne filière de soins et de recentrer les urgences sur leur cœur de métier. Le guide de la DGOS de juillet 2024 à ce sujet en rappelle le cadre⁶.

- **Il est demandé aux ARS de mettre en place toutes les mesures permettant d'éviter des fermetures de structures des urgences en recourant notamment à la régulation à l'entrée des urgences, en communiquant auprès de la population locale sur la nécessité de l'appel préalable au 15 et en s'assurant en amont de la capacité des centres de régulation à absorber le surplus d'appels dans de bonnes conditions de qualité et de sécurité.**
- **Il est par ailleurs demandé aux ARS de veiller à ce qu'une organisation de la prise en charge des urgences psychiatriques soit assurée (cf. article L. 3221-5-1 du Code de santé publique).**

d) Anticiper les mesures de préservation des capacités d'hospitalisation pendant les périodes de canicule

L'instruction interministérielle du 27 mai 2024 relative à la gestion sanitaire des vagues de chaleur en France métropolitaine⁷ décrit, au travers de ses annexes, les impacts sanitaires des vagues de chaleur. Cette instruction rappelle également les principales orientations en matière de préparation et de gestion sanitaire de ces dernières, qui reposent sur :

- Le dispositif national de Vigilance météorologique de Météo-France permettant d'anticiper plusieurs jours à l'avance la survenue d'une vague de chaleur ;
- Une surveillance sanitaire, nationale et territoriale de la morbidité (en particulier pour les hyperthermies/coups de chaleur, hyponatrémies et déshydratation) et de la mortalité ;
- Une disposition spécifique ORSEC (Organisation de la Réponse de Sécurité Civile) gestion sanitaire des vagues de chaleur rédigée et mise en œuvre par les préfets de département permettant de coordonner la gestion de ces événements ;
- Une disposition ORSAN (Organisation de la Réponse du système de santé en situations Sanitaires exceptionnelles) EPI-CLIM (pendant sanitaire de l'ORSEC) rédigée et mise en œuvre par les ARS permettant de préparer les acteurs de l'offre de soins hospitalière et de ville à une période de tensions à venir ;
- Un dispositif national d'appui et de conduite de crise sanitaire, y compris en matière de communication.

⁶ [Guide sur la réorientation à l'entrée des urgences.](#)

⁷ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_vague_de_chaleur_2024_70.pdf

En tant que de besoin, les dispositions prévues dans le plan ORSAN EPI-CLIM du dispositif ORSAN régional⁸ ont vocation à être activées en anticipation d'une canicule et déclinées par les opérateurs de soins sous pilotage ARS : plans de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (PGTHSSE) des établissements de santé⁹, plans bleus des établissements médico-sociaux¹⁰, plans de réponse aux crises sanitaires graves pour les structures d'exercice coordonné de ville tel que consacré par l'avenant 2 à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) du 20 décembre 2021¹¹.

IV. Fluidification de l'aval des urgences

La gestion de l'hospitalisation après les urgences est également centrale pour éviter leur saturation mais surtout tendre vers l'objectif qu'il n'y ait plus d'attente déraisonnable sur un brancard, en particulier pour les patients les plus fragiles. Il est rappelé que la participation ou la mise en place d'un **dispositif de gestion des lits** (« *bed management* ») au niveau de l'établissement ou du GHT a été rendue obligatoire par la réforme des autorisations de médecine d'urgence. Cette obligation est entrée en vigueur fin décembre 2024.

Pour identifier les leviers d'action améliorant la gestion de l'aval des urgences, les ARS et les établissements s'appuient sur les résultats de **l'indice de maturité du *bed management***, un auto-diagnostic rempli par les établissements de santé¹².

Enfin, il est rappelé l'utilité de l'hospitalisation à domicile comme levier pouvant être mobilisé pour éviter les hospitalisations conventionnelles (notamment pour les personnes en EHPAD), permettre une sortie plus rapide et libérer des lits d'aval.

- **Il est demandé aux ARS de s'assurer que l'ensemble des établissements de santé ont mis en place un dispositif de gestion des lits ainsi qu'une réunion locale d'anticipation des tensions sur l'aval des urgences regroupant l'ensemble de la communauté hospitalière.**

Vu au titre du CNP par la secrétaire générale
des ministères chargés des affaires sociales,



Sophie LEBRET

Pour les ministres et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins,



Marie DAUDÉ

⁸ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_orsan_2024.pdf

⁹ <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/securite-sanitaire/guide-gestion-tensions-hospitalieres-SSE>

¹⁰ <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/securite-sanitaire/article/le-plan-bleu-des-etablissements-medico-sociaux>

¹¹ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045443303>

¹² [Indice de Maturité du Bed Management \[Campagne 2025 – Note méthodologique\] – FEDORU](#)

Annexe 1 – Mesures organisationnelles

I. Anticipation des tensions

Mesures	Acteurs concernés	Actions
Identifier les territoires fragiles	Agences régionales de santé	<p>L'ARS peut organiser la remontée et l'analyse de données organisationnelles et quantitatives (effectifs) sur les structures de son territoire pour identifier celles dites « fragiles » et présentant un risque de « rupture ». Les indicateurs suivants pourront être utilisés :</p> <p>1. Difficultés rencontrées les années précédentes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des tableaux de garde incomplets ; - Un recours important à l'intérim ; - Des fermetures partielles ou totales ; - Activité saisonnière plus intense, etc. <p>2. Difficultés rencontrées au cours de l'année telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fragilisation de l'équipe médicale ponctuelle (arrêts...) ou pérenne (départs...); - Fragilisation de l'offre de soins libérale ; - Des tableaux de présence incomplets pour la période considérée ; - Un recours croissant à l'intérim avec la présence de nouveaux intérimaires et/ou des difficultés à trouver des intérimaires ; - Un recours fréquent aux dispositifs de gestion des situations sanitaires exceptionnelles. <p>Une analyse des causes de ces difficultés permettra d'identifier les mesures à mettre en œuvre en fonction du type de tension :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La tension liée à l'afflux de patients : elle peut être due à un afflux touristique et être amplifiée par des difficultés en médecine de ville (offre territoriale restreinte, congés, etc.). Elle est consécutive à une augmentation du nombre d'admissions et/ou à une modification des caractéristiques des patients pris en charge. - La tension liée à une fragilisation de l'organisation au sein de la structure des urgences, qui peut être conjoncturelle ou structurelle (inadéquation de l'offre avec l'activité régulière, congés, difficultés d'accès aux plateaux techniques, panne informatique...). Cela peut provoquer une hausse de la charge de travail au sein des urgences à flux de patients inchangé. - La tension du fait d'une carence de lits d'hospitalisation, que ce soit en hospitalisation "conventionnelle", en soins critiques (réanimation, surveillance continue et soins intensifs), en psychiatrie (chambre d'isolement), en soins médicaux et de réadaptation (SMR), etc. Cette analyse des lits disponibles est à conduire au sein de l'établissement mais aussi du territoire, particulièrement du groupement hospitalier de territoire (GHT), notamment pour les lits de médecine ou de SMR.
Créer une réserve territoriale d'urgentistes		<p>Certaines régions ont mis en place une réserve territoriale (ou régionale) d'urgentistes pendant les périodes de congés. Cette organisation repose sur le volontariat de médecins urgentistes se déclarant auprès de l'ARS comme disponibles en cas de défaillance d'une structure des urgences sur un territoire. La prime de solidarité territoriale accompagne ces appuis.</p>

Déployer des professionnels correspondants du SAMU		<p>Le dispositif des médecins correspondants du SAMU (MCS) permet à des médecins, exerçant habituellement en cabinet et formés à la médecine d'urgence, d'intervenir à la demande du SAMU et en parallèle du déclenchement d'une structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), dans des territoires où le délai d'accès à des soins médicaux urgents est supérieur à 30 minutes. Dans les territoires éloignés ou difficiles d'accès, cette intervention en avant-coureur des SMUR représente un gain de temps précieux pour une prise en charge précoce et optimale.</p> <p>Ce dispositif a été élargi aux infirmiers pour accroître le vivier de professionnels pouvant apporter une première réponse de proximité. Les modalités de déclenchement restent les mêmes : il s'agit d'un infirmier de premier recours, volontaire, formé et équipé qui répond aux besoins d'aide médicale urgente à la demande du SAMU. Son intervention se déroule sous la supervision du médecin régulateur du SAMU et en parallèle du déclenchement d'une SMUR.</p> <p>S'agissant des modalités de rémunération, le Fonds d'intervention régional (FIR) peut d'ores et déjà être mobilisé pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accroître le vivier de médecins correspondants du SAMU (MCS) en prévision le cas échéant de tensions sur les lignes de garde SMUR ; - Commencer le déploiement des infirmiers correspondants du SAMU (ICS) dans les territoires identifiés comme prioritaires.
Capitaliser sur les HAD	Établissements de santé, HAD, ARS	<p>L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue un des leviers pour éviter les passages aux urgences ou permettre, notamment aux personnes âgées, d'en sortir rapidement. Elle constitue une solution alternative et d'aval, mobilisable par les services de court séjour, en particulier en période de tension hospitalière. Pour les régions ayant des dispositifs d'IDE en SAU ou tout autre dispositif associé à la mesure Braun (guichet unique, renfort de l'équipe HAD avec les IDE de liaison...), une communication et des échanges dédiés peuvent faciliter l'adressage.</p> <p>L'hospitalisation à domicile assure aujourd'hui une offre complémentaire des secteurs hospitaliers et ambulatoire, capable de mettre en œuvre des soins complexes, continus et coordonnés et d'agrèger des compétences autour d'un projet thérapeutique complet dans une logique de proximité.</p> <p>Dans un cadre de tension, il pourra donc être intéressant de s'appuyer sur la réactivité et la capacité à prendre en charge les patients plus ou moins complexes des établissements d'HAD. Ces leviers sont activables autant en amont qu'en aval.</p>

II. Amont des urgences et coordination ville-hôpital

Mesures	Acteurs concernés	Actions
Identifier les territoires fragiles	Agences régionales de santé / CDOM	<p>Identifier en lien avec les CDOM, les territoires dans lesquels des difficultés d'organisation de la PDSA ou de respect de la continuité des soins sont anticipées (difficultés rencontrées les années précédentes ou au cours de l'année) telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Territoires PDSA avec diminution importante du nombre de médecins volontaires ; - Territoires PDSA avec tableaux de garde incomplets ; - Territoires PDSA avec réquisitions de médecins ; - Territoires dans lesquels les congés des médecins ne sont pas coordonnés.
Déployer et renforcer le service d'accès aux soins (SAS)	Agences régionales de santé / Porteurs de projet	<p>Les organisations doivent se voir renforcées selon les besoins, à travers par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'ouverture de nouvelles lignes de régulation ambulatoire ; - L'utilisation de la plateforme numérique nationale pour assurer une visibilité maximale sur les effecteurs et un lien direct avec les agendas en ligne prenant en compte les congés.
Renforcer l'organisation de la PDSA	ARS / CDOM / ES / Acteurs de la ville	<p>L'organisation de la PDSA pourra se voir renforcée en début de soirée par le positionnement d'opérateurs de soins non programmés (OSNP) en appui à la régulation de médecine générale après 20h. L'usage de la plateforme numérique SAS par la régulation de PDSA est possible pour une prise de rendez-vous en ville sous 48h aux horaires SAS (en journée de 8h à 20h et le samedi de 8h à midi, hors week-ends et jours fériés), si le recours à un effecteur de PDSA n'est pas possible ou pertinent.</p>
Assurer la fiabilité du remplissage de la cartographie sante.fr	Agences régionales de santé	<p>La cartographie de l'offre de SNP est un outil permettant de géolocaliser des lieux de soins prenant en charge des soins non programmés et de recenser les informations pratiques sur ces lieux (modalités d'accès, horaires, numéros de téléphone, sites internet le cas échéant, etc.). Cette cartographie nationale doit faire l'objet d'une mise à jour régulière par les ARS afin de garantir la fiabilité et l'exhaustivité des informations. Santé.fr dispose d'une « boucle qualité » à destination des usagers. Les retours sont traités par l'Agence du numérique en santé (support de Santé.fr). Les signalements d'erreurs concernant les structures figurant sur la carte sont envoyés aux contacts identifiés dans les ARS. Il peut également être proposé aux cabinets de médecine de ville de se répertorier sur la cartographie à l'aide du module dédié.</p>
Relayer la campagne de communication sur les bons réflexes en cas de besoins de soins non programmés	Agences régionales de santé	<p>En matière de communication, le parcours du patient autour du triptyque suivant doit être valorisé :</p> <p><i>En cas de besoin de soins non programmés :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 1/ Appelez prioritairement votre médecin traitant ; - 2/ Si vous n'en avez pas ou qu'il n'est pas disponible, consultez la cartographie nationale pour trouver un lieu de soins ; - 3/ Si vous ne trouvez pas d'offre de soins non programmés disponible, appelez le 15 (SAMU/SAS) avant de vous déplacer aux urgences. Il est rappelé que « les structures des urgences sont réservées aux urgences vitales et cas les plus graves ».

III. Adaptation du fonctionnement des structures de médecine d'urgence et solidarité territoriale

Mesures	Acteurs concernés	Actions
Développer la réorientation à l'entrée des urgences	Établissements de santé	<p>La réorientation des patients à partir des urgences est la procédure par laquelle un patient se présentant aux urgences est orienté par l'infirmier organisateur de l'accueil (IOA) ou par le médecin d'accueil et d'orientation (MAO) vers une offre de soins mieux adaptée à son besoin. Tout patient ne relevant pas de la médecine d'urgence pourra être concerné par ce dispositif, après une évaluation réalisée par l'IOA ou le MAO. Cela permet de replacer le patient dans la bonne filière tout en recentrant les urgences sur leur cœur de métier. La réorientation ne se réalise pas entre services d'urgence, sauf dans le cas où un avis spécialiste non présent dans la structure est nécessaire.</p> <p>Un guide détaille le cadre juridique dans lequel la réorientation s'exerce et précise ses modalités de mise en œuvre pour accompagner tous les établissements qui le souhaitent à la développer.</p>
Organisation de lignes de garde communes SU-SMUR	Agences régionales de santé / Établissements de santé	<p>Des lignes de garde communes SU-SMUR¹ peuvent être organisées afin d'assurer le maintien d'une réponse territoriale pour les urgences vitales. Lorsqu'une SU-SMUR fonctionne avec une seule ligne de garde urgentiste et que l'urgentiste est en intervention SMUR, la permanence de la structure des urgences est assurée par un autre médecin de l'établissement et un infirmier de la structure des urgences présents sur place.</p> <p>Lorsque l'activité de la SU-SMUR est suffisamment faible, la permanence de la structure des urgences peut être assurée par le déclenchement d'une astreinte médicale plutôt que de recourir à un médecin de garde dans l'établissement. Dans ce cas, le délai d'intervention du médecin d'astreinte doit être compatible avec l'impératif de sécurité. L'infirmier de la SU, lors de la sortie de la SMUR et jusqu'à l'arrivée du médecin d'astreinte, exerce sous prescription médicale.</p> <p>Le mécanisme de recours à l'astreinte est un dispositif exceptionnel, mobilisé en raison de la faible activité des structures de médecine d'urgence SU-SMUR et de difficultés de démographie médicale urgentiste, le principe restant celui du recours à un médecin de garde de l'établissement lorsque l'urgentiste est sorti en intervention. Cette possibilité doit être concertée en lien avec les acteurs concernés, comme le comité technique régional des urgences (CTRU) ou le comité d'allocation des ressources pour les urgences (CCAR-U), en s'appuyant sur le nombre de passages aux urgences ainsi que sur le nombre et la durée médiane des sorties SMUR médicalisées.</p> <p>Une organisation avec le SAMU pourra permettre d'appuyer, le cas échéant, le médecin de l'établissement (en garde dans le secteur d'hospitalisation ou rappelé d'astreinte).</p>
Entraide entre établissements de santé	Établissements de santé	<p>L'équipe médicale de territoire permet de répartir la charge entre des sites dont l'activité est d'intensité différente. D'autres solutions pourront être étudiées afin de renforcer l'équipe médicale d'une SU fragile dans la durée (ex : temps partagés de PH et/ou d'internes, notamment entre centres hospitaliers universitaires [CHU] et centres hospitaliers [CH], fédérations médicales inter-hospitalières).</p>

¹ L'article D. 6124-11 du Code de la santé publique prévoit les modalités de prise en charge des patients aux urgences en cas de « permanence médicale ou non médicale commune » entre la SU et la SMUR.

		Afin de sécuriser la prise en charge des patients, en particulier ceux faisant l'objet d'un transport sanitaire urgent, les modalités de prise en charge par un autre établissement autorisé à exercer l'activité de SU doivent être organisées dans le cadre du réseau des urgences prévu à l'article R. 6123-26, en lien avec le SAMU-Centre 15.
Autoriser des structures des urgences à ouvrir en H12 (mode « antennes de médecine d'urgence »)	Agences régionales de santé	<p>Lorsque les circonstances locales l'exigent et afin d'assurer une permanence de l'accueil et de la prise en charge pour des soins de médecine d'urgence, le directeur général de l'ARS peut autoriser par arrêté un établissement de santé détenteur d'une autorisation de structure des urgences à suspendre cette activité pour une durée maximale de 12h consécutives par jour, sous conditions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'ES est titulaire d'une autorisation SMUR sur le même site géographique ; le directeur général de l'ARS peut déroger à cette condition lorsqu'il constate que le besoin d'accès aux soins de médecine d'urgence de la population est couvert par ailleurs ; - L'ES organise, durant les horaires de suspension de son activité, les modalités d'accueil et de prise en charge pour des soins de médecine d'urgence avec au moins un autre établissement de santé titulaire d'une autorisation de structure des urgences. <p>Il est rappelé que dans le cadre de la révision des schémas régionaux de santé, la structure des urgences d'un établissement peut se voir autorisée par l'ARS comme antenne de médecine d'urgence (structures de médecine d'urgence ouvertes <i>a minima</i> H12 de manière pérenne dans le cadre d'un nouveau maillage des structures de médecine d'urgence).</p>
Réguler l'accès aux urgences	Agences régionales de santé	<p>Deux situations de mise en œuvre de cette régulation de l'accès à la structure des urgences sont identifiées (toujours soumises au contrôle de l'ARS) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La régulation pérenne : dans le cadre d'une organisation concertée, sur un territoire donné, il peut être envisagé de réguler l'accès à une ou plusieurs structures des urgences ou antennes de médecine d'urgence. Ce dispositif ne pourra se mettre en place que sur arrêté du directeur général de l'ARS, après avis du Comité d'allocation des ressources Urgences (CAR-U) et en assurant la présence continue d'un professionnel de santé à l'entrée de la structure. L'arrêté du 18 mars 2025 en précise les modalités de mise en œuvre ; - La régulation temporaire : dans le cadre d'une organisation de crise, locale et temporaire, lorsque les circonstances le justifient, l'accès à une ou plusieurs structure(s) des urgences ou antenne(s) de médecine d'urgence peut être régulé. Ce dispositif ne peut se mettre en place que sur arrêté du directeur général de l'ARS et en assurant la présence continue d'une personne physique (pas nécessairement un professionnel de santé) à l'entrée de la structure (mais sans avis préalable du CAR-U, pour une meilleure réactivité). L'arrêté du 2 juillet 2024 relatif à la régulation temporaire de l'accès aux urgences en précise les modalités de mise en œuvre.
Déployer les unités mobiles hospitalières para médicalisées (UMH-P)	Établissements de santé	La réforme des autorisations de médecine d'urgence a prévu la possibilité d'intervention SMUR dans une configuration paramédicalisée. Le SMUR se compose alors d'un infirmier et d'un conducteur , agissant en vertu de protocoles de soins et au moyen d'outils numériques connectés, qui interviennent sous la supervision du médecin régulateur. Cette adaptation de la composition de l'équipage SMUR par le médecin régulateur du SAMU est mise en œuvre en fonction de l'état de santé du patient et selon des critères prédéfinis. Selon le bilan qui lui est remonté,

		<p>le médecin régulateur peut décider de compléter l'équipage par la présence d'un médecin.</p> <p>La mise en œuvre de ce dispositif doit s'accompagner d'une réflexion globale sur le maillage territorial des structures de médecine d'urgence.</p> <p>Un guide accompagne la mise en œuvre et le fonctionnement de ce dispositif.</p>
--	--	---

IV. Organisation interne de l'établissement de santé : gestion des lits d'hospitalisation et aval des urgences

Mesures	Acteurs concernés	Actions
Procéder à des fermetures de lits saisonnières		<p>La période estivale est souvent l'occasion de réduire le volume de certaines activités programmées en raison des congés des professionnels. Cela conduit à la fermeture complète ou partielle des unités de prise en charge. Afin de maintenir un capacitaire adapté à la demande du territoire, l'ARS organise, en lien avec les établissements publics et privés, une fermeture des lits saisonnière adaptée pendant toute la période estivale, au niveau de chaque territoire. Les ARS sont invitées à encourager les dispositifs de pilotage territorial des capacités (cellules de gestion des lits par exemple).</p>
Mettre en œuvre les actions de fluidification de l'aval des urgences	Agences régionales de santé	<p>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 prévoit les modalités d'une organisation coordonnée de la gestion des lits, incluant les établissements publics comme privés. Sa mise en œuvre, en complément des mesures précédemment décrites, permet de fluidifier le flux de patients aux urgences.</p> <p>Par ailleurs, il est rappelé l'obligation pour les ES ayant une SU ou une antenne de médecine d'urgence d'avoir mis en place un dispositif de gestion des lits dans l'ES ou au niveau du GHT / territoire, obligation effective depuis le 31 décembre 2024. Ce dispositif porte sur l'activité d'hospitalisation programmée et non-programmée.</p> <p>Il partage en son sein et avec les autres établissements membres de son groupement hospitalier de territoire, ainsi que, le cas échéant, avec la structure coordinatrice et les autres établissements du territoire membres du réseau des urgences mentionné à l'article R. 6123-26 du Code de la santé publique, les informations relatives à la disponibilité des lits.</p>

Annexe 2 – Leviers RH

La présente annexe vise à rappeler les dispositifs de soutien au système de santé qui pourront être utilisés à l'été 2024 par l'ensemble des agences régionales de santé et des établissements de santé.

I. Leviers relatifs à la rémunération des professionnels

Dispositif	Textes de référence	Description
Déplafonnement des heures supplémentaires	- Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 modifié relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière - Décret n° 2002-598 du 25 avril 2002 modifié relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires	Le personnel médical n'étant pas soumis au plafonnement du temps de travail additionnel (TTA), il n'existe pas de difficulté particulière. En ce qui concerne le personnel non médical , l'article 6 du décret du 25 avril 2002 prévoit que les heures supplémentaires accomplies ne peuvent dépasser, en principe, un contingent mensuel de 20 heures. Toutefois, ce même article prévoit qu'un déplafonnement est possible sous certaines conditions : « Les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée peuvent être autorisés, par décision du directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 5° de l'article 2 de cette loi, ou du préfet du département pour les établissements mentionnés aux 4° et 6° du même article, à titre exceptionnel, notamment au regard des impératifs de continuité du service public ou de la situation sanitaire, à dépasser les bornes horaires fixées par le cycle de travail, pour une durée limitée et pour les personnels nécessaires à la prise en charge des usagers ». Ce déplafonnement doit se faire dans la limite d'un temps de travail n'excédant pas 48 heures sur 7 jours glissants.
Prime de solidarité territoriale (PST) pour les personnels médicaux		Versée dans le cadre d'un dispositif de solidarité territoriale, pour les praticiens exerçant une activité partagée au-delà de leurs obligations de service dans plusieurs établissements publics de santé , la PST est conçue pour une intervention ponctuelle du praticien en dehors de son établissement, en renfort d'un autre établissement, sur la base du volontariat. Son montant est calculé en fonction du nombre de demi-journées (non plafonné) réalisées dans le mois (293,23 € brut par demi-journée du lundi au samedi matin et 427,25 € brut la nuit, le samedi après-midi ou le dimanche) et peut être majoré jusqu'à 30 % par arrêté du directeur général de l'ARS, par établissement et par spécialité. Les étudiants de 3ème cycle (hors étudiants exerçant sous licence de remplacement) et les praticiens associés ne sont pas éligibles à la PST.
Prime d'exercice territorial (PET) pour les personnels médicaux		Prime versée pour une activité partagée entre plusieurs établissements ou dans plusieurs sites d'un même établissement dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire ou pour favoriser le développement de la mise en réseau des établissements et les actions de coopération, dans le cadre des obligations de service du praticien . Les étudiants de 3ème cycle (hors étudiants exerçant sous licence de remplacement) ne sont pas éligibles à la PET.

<p>Prime d'engagement collectif pour les personnels médicaux et les agents de la fonction publique hospitalière (FPH)</p>		<p>L'article L. 714-14 du Code général de la fonction publique (CGFP) dispose que : « Après avis du comité social d'établissement, une prime d'intéressement collectif liée à la qualité du service rendu peut être attribuée aux agents des établissements mentionnés à l'article L. 5 dans des conditions prévues par décret ».</p> <p>Cette prime « d'engagement collectif » a pour objet (art. 1er du décret n° 2020-255 du 13 mars 2020 et du décret n° 2020-255 du 13 mars 2020) « de favoriser la cohésion interprofessionnelle, la mobilisation des personnels autour de projets collectifs décidés au niveau des équipes et de valoriser l'engagement collectif dans ces démarches [...] Ces projets doivent contribuer à renforcer la qualité du service rendu et la pertinence des activités au sein des établissements, en faveur des usagers du service public mais également des personnels de ces mêmes établissements ainsi, le cas échéant, que des partenaires professionnels dans le cadre de l'organisation des filières de prise en charge et des parcours de soins à l'échelle des territoires ». Par ailleurs, elle est « attribuée, sur décision du chef d'établissement, à l'ensemble des agents de l'équipe porteuse d'un projet mis en œuvre en application des orientations-cadre prévues à l'article 2 » (art. 3 du même décret).</p> <p>Ce dispositif est applicable aux agents de la FPH et aux personnels médicaux et enseignants et hospitaliers (l'art. L. 6152-4 du Code de la santé publique ouvre l'application de l'art. L. 714-14 du CGFP relatif à la prime d'intéressement collectif aux praticiens hospitaliers [PH], praticiens contractuels [PC], praticiens associés et hospitalo-universitaires [HU]). Le recours à ce vecteur nécessite une décision préalable des chefs d'établissement concernés et un avis des instances.</p>
---	--	--

II. Leviers relatifs à la mobilisation de professionnels et d'étudiants en renfort

Dispositif	Textes de référence	Description
<p>Possibilité d'employer en renfort des étudiants en santé pour la réalisation des activités d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture ou des actes et activités d'infirmier</p>	<p>- Arrêté du 3 février 2022 relatif aux vacances des étudiants en santé pour la réalisation des activités d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture ou des actes et activités d'infirmier, et à l'obtention du diplôme d'État d'aide-soignant et du diplôme d'État d'auxiliaire de puériculture par certains étudiants ou anciens étudiants en santé</p>	<p>Sous réserve de remplir certaines conditions, les étudiants en santé peuvent être employés à titre temporaire et en dehors de leur parcours de formation par les établissements de santé et médico-sociaux pour réaliser des activités d'aide pour la réalisation des activités d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture ou des actes et activités d'infirmier. Les conditions dans lesquelles les étudiants sont employés sont précisées par un contrat de vacation ou à durée déterminée signé au plus tard le deuxième jour de travail par l'étudiant et le directeur de l'établissement employeur, dans le respect des conditions fixées par le Code du travail, le décret n° 88-145 du 15 février 1988 pris pour l'application de l'article 136 de la loi du 26 janvier 1984</p>

	- Arrêté du 5 juillet 2022 modifiant l'arrêté du 3 février 2022 relatif aux vacances des étudiants en santé pour la réalisation des activités d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture ou des actes et activités d'infirmier, et à l'obtention du diplôme d'État d'aide-soignant par les étudiants en santé non médicaux et du diplôme d'État d'auxiliaire de puériculture par les étudiants sages-femmes	modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif aux agents contractuels de la fonction publique territoriale ou le décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de la fonction publique hospitalière.
Possibilité d'employer en renfort des étudiants de médecine ayant validé leur 3ème année en tant qu'assistant de régulation médicale (ARM)	- Arrêté du 27 juillet 2022 relatif aux vacances des étudiants de médecine pour la réalisation des activités d'assistant de régulation médicale dans les centres de réception et de régulation des appels des SAMU centre 15 et du service d'accès aux soins	Les étudiants de médecine ayant validé leur troisième année du premier cycle ont la possibilité d'être mobilisés en dehors de leur parcours de formation. Ils peuvent être employés à titre temporaire par les établissements de santé pour réaliser des activités d'assistant de régulation médicale dans un centre de réception et de régulation des appels (CRRA) d'un service d'aide médicale urgente (SAMU) et du service d'accès aux soins (SAS). Ils suivent une formation d'une durée minimum de cinq jours par un assistant de régulation médicale diplômé et agissent sous la responsabilité du médecin régulateur et en présence d'au moins un assistant de régulation médicale diplômé. Les missions qui peuvent être confiées aux étudiants au sein de l'équipe de régulation médicale sont identifiées par le médecin régulateur. Les conditions dans lesquelles les étudiants sont employés sont précisées par un contrat de vacation ou un contrat à durée déterminée signé au plus tard le deuxième jour de travail par l'étudiant et le directeur de l'établissement employeur, dans le respect des conditions fixées par le Code du travail ou le décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de la fonction publique hospitalière.
Recours aux étudiants de 3ème cycle des études de médecine, de pharmacie et d'odontologie disposant d'une autorisation de remplacement d'exercer dans les ES	- Décret n° 2022-1466 du 24 novembre 2022 autorisant les étudiants de 3ème cycle des études de médecine, de pharmacie et d'odontologie à effectuer des remplacements dans les établissements de santé	Le décret précité organise les modalités de recrutement des étudiants de 3ème cycle des études de médecine, de pharmacie et d'odontologie autorisés à exercer à titre de remplaçant la médecine, la pharmacie et l'odontologie au sein des établissements de santé.

Recours aux professionnels de santé en prolongation d'activité	<p>- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (art.138)</p> <p>- Loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels</p>	<p>Dans les établissements publics de santé et dans les centres de santé qui leur sont rattachés, pour les médecins et infirmiers visés au 7° de l'article L. 161-22 du Code de la sécurité sociale ou visés à l'article L. 84 du Code des pensions civiles et militaires de retraite, la limite d'âge fixée à l'article L. 556-11 du Code général de la fonction publique est portée, à titre transitoire, à, respectivement, soixante-quinze et soixante-douze ans jusqu'au 31 décembre 2035. Ces reports de limite d'âge sont également applicables dans les centres de santé gérés par les collectivités territoriales ou leurs groupements mentionnés à l'article L. 6323-1-3 du Code de la santé publique, pour les professionnels mentionnés au 8° de l'article L. 161-22 du Code de la sécurité sociale ou auxquels s'applique l'article L. 84 du Code des pensions civiles et militaires de retraite.</p>
Vacations des professionnels de santé libéraux dans les ES		<p>La législation permet de faire appel à des professionnels de santé libéraux médicaux, pharmaciens, odontologistes et sages-femmes au sein des établissements de santé.</p>

Annexe 3 – Gestion des tensions hospitalières

Chaque établissement de santé quelque soit son statut (public ou privé) est doté d'un plan détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins, notamment lors de situations sanitaires exceptionnelles. Ce plan lui permet de mobiliser les moyens de réponse adaptés à la nature et à l'ampleur de l'événement et d'assurer aux patients une prise en charge optimale.

Comme le rappelle le guide méthodologique d'élaboration du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles des établissements de santé (PGTHSSE)¹, l'organisation de la montée en puissance repose sur la mise en place d'une gradation selon deux niveaux :

- **Niveau 1 – « Plan de mobilisation interne »** : pour la gestion des tensions ou des situations avérées potentiellement critiques sans toutefois mettre, à court terme, l'établissement en difficulté dans son fonctionnement courant. Ce type de situation est toutefois suffisamment critique pour exiger une organisation particulière, une vigilance active et la mise en œuvre, le cas échéant, de mesures d'anticipation ou de gestion. Ce niveau, qui correspond à l'activation du plan de mobilisation interne nécessite la mise en place d'une cellule de crise hospitalière (CCH) restreinte. Plusieurs circonstances peuvent être prises pour exemple : la gestion interne d'une épidémie saisonnière (ex : grippe), une crise de l'approvisionnement en carburants, les crues et inondations (réponse de niveau 1 engagée lorsque les informations météorologiques le justifient). Le niveau 1 peut également correspondre à l'anticipation d'un risque pouvant menacer l'établissement (ex : menace d'attentats) et nécessitant une mise en pré-alerte avec l'activation de la CCH et la mobilisation des services concernés. Ce niveau peut également être activé préventivement à la demande de l'ARS lors d'un événement potentiellement générateur d'une SSE (ex. grand événement sportif) ou en cas de risque ou de menace imminente sur le territoire.
- **Niveau 2 – « Plan blanc »** : pour la gestion des situations exceptionnelles avec un impact potentiellement majeur sur l'établissement de santé. Ce niveau, qui correspond à l'activation du plan blanc, permet la mobilisation de toutes les capacités de l'établissement (moyens humains et logistiques) dans le cadre d'une organisation spécifique pilotée par une CCH structurée. Il permet d'assurer la prise en charge des patients lors d'événements graves et/ou inhabituels tout en maintenant la continuité et la qualité des soins des patients non directement impliqués dans l'événement et ce, par la mobilisation au plus juste des ressources nécessaires. Il permet aussi de préserver la sécurité des patients et des personnels (ex. afflux de victimes potentiellement contaminées). La mise en œuvre de ces dispositions intervient sans délai, par le directeur de l'établissement, ou le cas échéant, à la demande du directeur général de l'ARS.

Le schéma suivant représente le dispositif de montée en puissance tel que décrit précédemment :



¹ [guide_pgthsse_2024.pdf](#)

Lors de la survenue d'un événement ayant un impact sur l'offre de soins, le directeur d'établissement ou le directeur général de l'ARS décide de l'activation de l'un des deux niveaux de réponse du PGTHSSE et en assure le pilotage et la gestion. Il s'appuie pour cela sur une CCH rassemblant les principaux responsables de l'établissement chargés de coordonner l'ensemble des services médicaux, techniques et administratifs. La CCH doit pouvoir être mise en place en moins de 45 minutes et être dimensionnée en fonction du niveau de réponse à apporter afin que celle-ci soit efficace et proportionnée à la nature et à l'ampleur de l'évènement (équipes soignantes, techniques, numérique, DRH, etc.). »

En tant que de besoin, les dispositions prévues dans le plan ORSAN EPI-CLIM du dispositif ORSAN régional² ont vocation à être activées en anticipation d'une canicule et déclinées par les opérateurs de soins sous pilotage ARS. Dans ce cadre, l'ARS assure la coordination de l'offre de soins en mobilisant les professionnels de santé de ville notamment les structures d'exercice coordonné (plans de réponse aux crises sanitaires graves) et les établissements et services médico-sociaux (plans bleus).

² https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_orsan_2024.pdf

Caisse nationale des allocations familiales

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

NOR : TSSX2530276K

Prénom	Nom	CAF	Date d'assermentation	Date de délivrance de l'agrément définitif
Mathieu	BEAUFILS	Ariège	4 décembre 2024	7 mai 2025
Linda	BENAMAR	Bouches-du-Rhône	10 octobre 2024	5 juin 2025
Carine	LE-GUENNEC	Bouches-du-Rhône	10 octobre 2024	5 juin 2025
Patrick	ZARCONE	Bouches-du-Rhône	10 octobre 2024	5 juin 2025
Christophe	ARRIGNON	Deux-Sèvres	2 décembre 2024	24 avril 2025
Marine	SILVA	Essonne	14 octobre 2024	23 avril 2025
Catherine	TENREIRO	Essonne	14 octobre 2024	23 avril 2025
Géraldine	JACQUET	Marne	14 janvier 2025	6 mai 2025
Angélique	LUNEAU	Touraine	15 novembre 2024	24 avril 2025
Cyril	MARCHAL	Var	9 janvier 2025	24 avril 2025

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 : TSSX2530273K

Nom	Prénom	CARSAT/CGSS	Date de délivrance de l'agrément provisoire
BRAY	Sarah	CNAV	22/04/2025



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,
DES SOLIDARITÉS
ET DES FAMILLES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

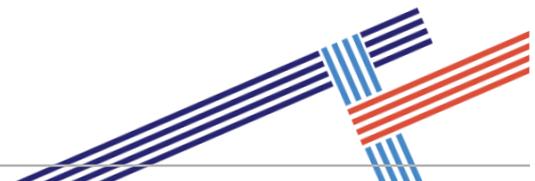
**Secrétariat général
Direction des ressources humaines**

PROMOTIONS

NOR : TSSR2530249X

LIGNES DIRECTRICES DE GESTION

2025 - 2029



LIGNES DIRECTRICES DE GESTION - PROMOTIONS | 2025 – 2029

1 Champ d'application des lignes directrices de gestion et règles de promotion
5

1.1	Les agents concernés	5
1.2	Les services et établissements publics concernés	5
1.3	Les règles en matière de promotion	5
1.3.1	Les différentes voies de promotion de droit commun	6
1.3.2	Les règles applicables en matière d'avancement au choix	6
1.3.3	L'accès à un corps de niveau supérieur par la voie du détachement pour les personnes en situation de handicap	6
1.3.4	L'accès à un échelon spécial ou un grade de niveau supérieur pour les agents bénéficiant d'une décharge d'activité de services à titre syndical ou mis à la disposition d'une organisation syndicale au terme d'une certaine ancienneté	7
1.3.5	Mobilité et promotion	8

2 Les principes sur lesquels s'appuie le processus de promotion
9

2.1	La prévention des discriminations, la valorisation de la diversité et le respect du principe d'égalité entre les femmes et les hommes	9
2.1.1	Non-discrimination	10
2.1.2	Respect de l'Égalité entre les femmes et les hommes	10
2.2	L'équité	11
2.2.1	Entre les différents univers	11
2.2.2	Entre les départements d'une région	11
2.3	La primauté donnée à l'appréciation des chefs de services	11
2.4	La transparence	12
2.4.1	Vis-à-vis des services	12
2.4.2	Vis-à-vis des agents	12
2.4.3	Vis-à-vis des organisations syndicales	13
2.4.4	La publication des résultats de la campagne de promotion	14

3 Les rôles respectifs des acteurs du processus de promotion
14

3.1	Le rôle des encadrants (N+1) et des chefs de service	14
3.1.1	Le rôle des supérieurs hiérarchiques directs (N+1)	14
3.1.2	Le rôle des chefs de service	14
3.2	Les rôles en matière de pilotage et de coordination	15
3.2.1	Le pilotage et la coordination des promotions dans le cadre de l'administration territoriale de l'Etat	15
3.2.2	Le rôle de la direction des ressources humaines ministérielle (DRH-M)	15

4 Critères de promotion au choix
15

4.1	Critères communs aux personnels encadrants et non encadrants	16
4.2	Critères concernant les seuls agents encadrants	18
4.3	Critères concernant les agents pouvant accéder à des fonctions d'encadrement	18



LIGNES DIRECTRICES DE GESTION - PROMOTIONS | 2025 – 2029

4.4	Critères concernant les agents appartenant à des corps interministériels à gestion ministérielle _____	18
4.5	Critères de reconnaissance des missions transverses d'accompagnement _____	18
5	<i>Les voies de recours</i> _____	19
6	<i>Le bilan et le suivi des lignes directrices de gestion promotion</i> _____	19

ANNEXES

ANNEXE 1 : PRINCIPAUX ELEMENTS DEMANDES DANS LA FICHE INDIVIDUELLE DE PROPOSITION

ANNEXE 2 : LISTE DES INDICATEURS SUIVIS POUR CHAQUE TABLEAU D'AVANCEMENT ET LISTE D'APTITUDE

ANNEXE 3 : LISTE DES TABLEAUX D'AVANCEMENT ET LISTE D'APTITUDES ETUDIES ANNUELLEMENT



LIGNES DIRECTRICES DE GESTION - PROMOTIONS | 2025 – 2029

Les présentes lignes directrices de gestion relatives à la promotion sont pluriannuelles. Elles sont établies pour quatre ans.

Les lignes directrices de gestion en matière de promotion sont portées à la connaissance des agents par tous moyens dont l'intranet ministériel.

Dans un contexte où les administrations sont appelées à connaître de profondes mutations, nos services, métiers et compétences doivent s'adapter et évoluer. Ainsi les politiques de recrutement, de mobilité, de promotion et de développement des compétences ont pour objectif de doter les services des compétences nécessaires à l'exercice de leurs missions présentes et futures.

Dans ce cadre, les présentes lignes directrices visent à :

- Définir les orientations générales en matière de promotion.
- Préciser les modalités de prise en compte de la valeur professionnelle et des acquis de l'expérience professionnelle des agents.
- Garantir l'équité entre les agents et prévenir les discriminations.
- Assurer l'égalité entre les femmes et les hommes dans les procédures de promotion, en tenant compte de la part respective des femmes et des hommes des corps et grades concernés.



1 CHAMP D'APPLICATION DES LIGNES DIRECTRICES DE GESTION ET REGLES DE PROMOTION

1.1 Les agents concernés

Les présentes lignes directrices de gestion (LDG) s'appliquent à l'ensemble des fonctionnaires gérés par les ministères sociaux.

Elles s'appliquent également aux personnels appartenant à des corps interministériels à gestion ministérielle (CIGEM), y compris à ceux dont les ministères sociaux sont chef de file, dans le cadre de conventions de gestion établies entre la DRH du secrétariat général des ministères sociaux et les services des ressources humaines du secrétariat général des ministères concernés.

Elles sont applicables aux agents et emplois relevant du périmètre de l'encadrement supérieur sous réserve des dispositions réglementaires qui leur sont propres et des orientations et principes directeurs figurant dans les lignes de gestion interministérielle du 20 avril 2022 pour l'encadrement supérieur de l'Etat qui doivent être mises en œuvre dans l'ensemble des ministères et priment sur les LDG ministérielles.

1.2 Les services et établissement publics concernés

Les présentes LDG s'appliquent aux agents exerçant leurs fonctions dans l'ensemble des services d'administration centrale et des services déconcentrés relevant des Ministères sociaux, aux agents placés en position normale d'activité, en détachement ou affectés dans des établissements publics ou au sein d'autorités administratives indépendantes quelle que soit leur position statutaire.

Les établissements publics (agences régionales de santé, écoles et instituts de formation, ...) et les services à compétence nationale relevant des ministères sociaux, mettent en œuvre les présentes LDG. Dans l'hypothèse où ils disposent de leurs propres lignes directrices de gestion ou souhaiteraient se doter de leurs propres LDG, celles-ci devront être compatibles avec les présentes lignes directrices de gestion¹.

1.3 Les règles en matière de promotion

¹ Article 2 du décret n°19-1265 relatif aux lignes directrices de gestion et à l'évolution des attributions des commissions administratives paritaires



LIGNES DIRECTRICES DE GESTION - PROMOTIONS | 2025 – 2029

Les présentes lignes de gestion fixent les règles applicables à l'avancement de grade et à la promotion de corps et à leurs conséquences.

1.3.1 Les différentes voies de promotion de droit commun

La promotion de grade au sein d'un même corps et la promotion de corps peuvent intervenir selon trois modalités : par concours interne, par examen professionnel ou au choix par inscription sur un tableau d'avancement (avancement de grade) ou sur une liste d'aptitude (promotion de corps).

Ces différentes voies de promotion se combinent. La promotion au choix constitue l'une des voies de reconnaissance au mérite, de la valeur professionnelle et des acquis de l'expérience professionnelle des agents. Les examens professionnels et les concours, lorsqu'ils sont prévus par les statuts demeurent la voie privilégiée.

1.3.2 Les règles applicables en matière d'avancement au choix

Les promotions au choix se font sur proposition du chef de service. En raison de sa connaissance des qualités, expériences et compétences des agents placés sous sa responsabilité, l'appréciation portée par l'encadrement de proximité sur la manière de servir de l'agent constitue un critère prioritaire en termes de promotion au choix.

La promotion au choix s'appuie sur l'observation de la manière de servir de l'agent dans des fonctions correspondant au corps, au grade ou à l'échelon immédiatement inférieur à celui pour lequel il est proposé. A ce titre, il est recommandé de laisser une durée suffisante s'écouler entre deux promotions au choix.

Il est recommandé de veiller à assurer, en premier lieu, un déroulement de carrière linéaire dans le corps avant un changement de corps par liste d'aptitude. Toutefois, des situations peuvent être prises en compte lorsque le potentiel de l'agent et/ou la nature des fonctions le justifient.

1.3.3 L'accès à un corps de niveau supérieur par la voie du détachement pour les personnes en situation de handicap

Outre ces procédures de droit commun, les fonctionnaires en situation de handicap peuvent bénéficier d'une voie dérogatoire de promotion interne instituée, à titre expérimental, jusqu'au 31 décembre 2026, par l'article 93 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique.

Elle leur permet d'accéder à un corps de niveau ou de catégorie supérieure, par la voie du détachement, sous réserve d'avoir accompli préalablement une certaine durée de services publics, conformément aux modalités prévues par le décret n°2020-569 du 13 mai 2020 fixant les dispositions dérogatoires d'accès par la voie du détachement à un corps ou cadre d'emplois de niveau supérieur ou de catégorie supérieure instituées en faveur des fonctionnaires bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés.

Cette disposition est mise en place par arrêtés des Ministres concernés. Lorsque le statut particulier du corps de détachement prévoit une période de formation initiale préalable à la



LIGNES DIRECTRICES DE GESTION - PROMOTIONS | 2025 – 2029

titularisation, le fonctionnaire détaché en application du présent décret suit cette formation initiale, adaptée, le cas échéant, à ses besoins. L'appréciation de son aptitude professionnelle à l'issue de la période de détachement est assurée dans les mêmes conditions que celle applicable aux élèves ou fonctionnaires stagiaires à l'issue de cette formation. Lorsque le statut particulier du corps de détachement ne prévoit pas une telle période, le fonctionnaire détaché en application du présent décret bénéficie d'un accompagnement et d'une formation d'adaptation à l'emploi.

1.3.4 L'accès à un échelon spécial ou un grade de niveau supérieur pour les agents bénéficiant d'une décharge d'activité de services à titre syndical ou mis à la disposition d'une organisation syndicale au terme d'une certaine ancienneté

Au titre des articles L212-3 et L212-4 du code général de la fonction publique, les agents en décharge totale d'activité de service (DTAS) à titre syndical ou qui consacrent une quotité de temps de travail au moins égale à 70% d'un service à temps plein à cette activité syndicale peuvent être éligibles à une promotion de droit à l'échelon spécial ou au grade immédiatement supérieur au leur.

Pour en bénéficier, ils doivent remplir les conditions suivantes :

- Remplir les conditions de promouvabilité fixées par le statut particulier de leur corps ou de leur grade d'emplois pour bénéficier d'un avancement
- Avoir atteint, dans leur présent grade, une ancienneté au moins égale à la moyenne d'ancienneté des agents promus au choix au grade supérieur l'année précédente
- Être bénéficiaire depuis au moins 6 mois d'une mise à disposition ou d'une décharge d'activité de services au titre de leur activité syndicale ou consacrer depuis au moins 6 mois entre 70% et 100% d'un service à temps plein à cette activité
- La somme de leur temps de décharge syndicale, des crédits d'heures, des autorisations spéciales d'absences (ASA) et des autres moyens prévus par la réglementation en vigueur (mentionnés aux articles 11 et suivants du décret du 28 mai 1982 relatif à l'exercice du droit syndical dans la fonction publique) doit correspondre à 70% ou plus d'un service à temps complet.

Les secrétaires généraux des organisations syndicales bénéficiant du service d'agents consacrant au moins 70% d'un service à temps complet à l'exercice syndical (en additionnant décharge pour exercice syndical et ASA), doivent le signaler à la DRH et lui communiquer toutes les pièces en leur possession afin d'attester de l'effectivité de cette quotité d'activité. Les services RH de proximité doivent fournir aux agents concernés, à leur demande, toutes les pièces leur permettant de démontrer et d'objectiver la quotité de temps consacré à l'exercice syndical. En outre, la DRH peut saisir les structures d'affectation pour vérifier ou compléter ces pièces.

Dès le début de la campagne, les organisations syndicales communiquent à la DRH ministérielle, simultanément à la phase d'identification des agents promouvables les informations permettant d'établir l'éligibilité de leurs membres à une promotion de droit au titre des articles L212-3 à L212-5 du code général de la fonction publique. Ces informations sont vérifiées en lien avec les chefs de service par la DRH ministérielle avant notification de leurs droits à promotion définitifs aux chefs de service.



LIGNES DIRECTRICES DE GESTION - PROMOTIONS | 2025 – 2029

Comme le rappelle le conseil d'Etat dans [sa décision 431200 du 25/09/2020](#), ces dispositions n'ont toutefois ni pour objet ni pour effet de soustraire les fonctionnaires concernés aux procédures d'avancement qui s'appliquent à tous les fonctionnaires. Pour l'avancement à un grade à accès fonctionnel (GRAF), les activités syndicales peuvent être prises en compte au titre des fonctions exigées mais elles doivent correspondre à un niveau de responsabilité élevé ([CE 16/12/2022, 449708](#)). Ce principe s'applique également aux échelons spéciaux dans le respect des dispositions statutaires.

Il appartient à la DRH ministérielle d'examiner, pour chaque corps et grade, la situation de chacun de ces agents et d'identifier ceux d'entre eux qui remplissent les conditions juridiques pour bénéficier d'un avancement de droit. Elle communique aux organisations syndicales le résultat de l'instruction de chaque situation, avant qu'une décision soit arrêtée et dans un délai raisonnable, en amont de la parution des tableaux d'avancement.

S'agissant des listes d'aptitude pour l'accès à un corps supérieur, selon l'article L523-1 du CGFP, celles-ci ne peuvent être établies que par appréciation de la valeur professionnelle et des acquis de l'expérience professionnelle des candidats. Si elles ne permettent pas de bénéficier d'une promotion de droit vers un corps supérieur, les activités accomplies dans le cadre d'une activité syndicale sont néanmoins prises en compte pour apprécier la valeur professionnelle de candidats bénéficiant d'une décharge d'activité de services à titre syndical ou mis à la disposition d'une organisation syndicale éligibles à un tel avancement, selon les mêmes critères que tout autre candidat et dans le respect du principe d'équité énoncé au paragraphe 2.2 des présentes LDG.

1.3.5 Mobilité et promotion**En amont de la promotion : faciliter la promotion via des mobilités et un parcours favorisé par les choix de recrutement**

L'objectif de la politique de mobilité des ministères sociaux est de permettre à l'ensemble des agents de dérouler une carrière diversifiée, permettant le développement de leur capacité d'adaptation, l'enrichissement de leurs compétences et le développement de leurs aptitudes à occuper des postes de plus grande responsabilité. Les mobilités accomplies font partie des éléments pris en compte dans l'examen des dossiers des candidats à l'avancement.

Après l'obtention d'une promotion : la mobilité conseillée et la mobilité obligatoire**→ Changement de corps**

Les agents inscrits sur liste d'aptitude pour l'accès à un corps supérieur ne peuvent être nommés qu'après mobilité fonctionnelle vers un poste correspondant au niveau de responsabilité de leur nouveau corps hormis le cas où ils occupent déjà un poste de ce type, ce qui doit être attesté par leur fiche de poste.

En sus des formations statutaires indispensables, les agents promus dans un nouveau corps doivent suivre les formations d'adaptation au poste en lien direct avec les fonctions nouvellement exercées et le niveau de responsabilité confié. Il appartient au manager de s'assurer qu'un parcours de formation est élaboré en ce sens et mis en œuvre/initié dans les 2 mois qui suivent la nomination dans le corps.

→ Changement de grade

LIGNES DIRECTRICES DE GESTION - PROMOTIONS | 2025 – 2029

L'avancement de grade d'un fonctionnaire est également subordonné en principe à son acceptation de l'emploi qui lui est assigné dans son nouveau grade, et son refus peut entraîner sa radiation du tableau d'avancement ou de la liste de classement du concours professionnel (article L. 522-22 du CGFP).

Pour les promotions du 1^{er} au 2^{ème} grade en catégorie A

A l'exception des inspecteurs du travail dont, en vertu des dispositions supra, l'obligation de mobilité est anticipée par rapport à l'inscription au tableau d'avancement, l'obtention d'une promotion doit être pour les agents une incitation à faire acte de candidature pour une mobilité géographique ou fonctionnelle au sein ou hors de leur service.

De même, les agents des catégories B et C pourront faire acte de candidature à la mobilité au sein ou hors de leur service.

Dans tous les cas, les agents qui effectueront une mobilité fonctionnelle ou géographique correspondant à leur nouveau grade assureront une meilleure valorisation de leur parcours professionnel, notamment en vue de l'accès ultérieur à un grade ou à des fonctions supérieures.

Les agents peuvent également être nommés sur place sous réserve de présenter une fiche de poste dont le niveau correspond à celui du corps ou grade cible.

2 LES PRINCIPES SUR LESQUELS S'APPUIE LE PROCESSUS DE PROMOTION

Le processus de promotion est fondé sur les principes de la responsabilisation managériale, de l'équité et de la transparence.

2.1 La prévention des discriminations, la valorisation de la diversité et le respect du principe d'égalité entre les femmes et les hommes

Les ministères sociaux étant détenteurs du Label Diversité depuis octobre 2012 et du Label Egalité professionnelle entre les femmes et les hommes depuis juin 2018, les présentes lignes directrices de gestion respectent intégralement le cahier des charges de ces labels.

Les promotions doivent ainsi être conformes à la politique de prévention des discriminations des Ministères sociaux, telle que définie par le plan-cadre Egalité professionnelle et le plan-cadre Diversité.



LIGNES DIRECTRICES DE GESTION - PROMOTIONS | 2025 – 2029**2.1.1 Non-discrimination**

La décision de ne pas promouvoir un agent ou une agente ne peut être motivée par l'un des 25 critères de discrimination² établis par la loi et inscrits dans le Code Général de la Fonction Publique, notamment le Titre III du Livre Ier.

Ainsi, des parcours séquencés par des rythmes différents induits par des situations de « *congés liés aux responsabilités parentales ou familiales* » ne doivent en aucun cas conduire à des appréciations pénalisantes pour ces motifs. De même, la prise en compte de l'exercice des fonctions à temps partiel pour l'analyse d'un dossier de promotion constitue une discrimination indirecte prohibée par la loi.

La DRH s'assure que les agents titulaires de la reconnaissance de travailleurs handicapés ne font pas l'objet de discrimination.

2.1.2 Respect de l'Égalité entre les femmes et les hommes

Les chefs de service veillent, dans la mesure du possible, à ce que leurs décisions respectent la répartition des femmes et des hommes promouvables constatée dans les corps et grades des viviers correspondants.

A cet effet, il sera procédé à l'examen de la situation de chaque genre, dans les corps et grades d'avancement au niveau national (Annexes 2 et 3).

Pour les corps et grades à faible effectif, l'équilibre des genres est également observé au niveau national sur une durée significative.

Conformément aux dispositions de la loi n° 2019-818 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique, en cas de déséquilibres constatés par rapport aux viviers d'agents promouvables, les plans d'action pluriannuels pour l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes devront préciser les actions mises en œuvre pour garantir un égal accès des femmes et des hommes aux grades d'avancement concernés. En outre, les tableaux d'avancement au choix devront préciser la part des femmes et des hommes dans les agents promouvables et les agents promus.

² Critères de discrimination interdits par la loi : L'apparence physique, âge, état de santé, appartenance ou non à une prétendue race, appartenance ou non à une nation, sexe, identité de genre, orientation sexuelle, grossesse, handicap, origine, religion, domiciliation bancaire, opinions politiques et philosophiques, situation de famille, caractéristiques génétiques, mœurs, patronyme, activités syndicales, lieu de résidence, appartenance ou non à une ethnie, perte d'autonomie, capacité à s'exprimer dans une langue étrangère, vulnérabilité résultant de sa situation économique.



LIGNES DIRECTRICES DE GESTION - PROMOTIONS | 2025 – 2029

La politique de promotion des Ministères sociaux respecte également les dispositions de la loi n°2023-623 du 19 juillet 2023 visant à renforcer l'accès des femmes aux responsabilités dans la fonction publique.

2.2 L'équité

2.2.1 Entre les différents univers

La DRH ministérielle est garante de l'équité entre les services, en particulier en ce qui concerne l'attribution du nombre des promotions au regard du nombre des promouvables. Elle en tient compte dans le calcul des « quotas » notifiés aux services ainsi que dans les décisions qu'elle prend sur la base de leurs propositions.

2.2.2 Entre les départements d'une région

L'équilibre de la répartition infrarégionale doit être assuré par les DREETS et la DRIEETS sur les 3 dernières années.

2.3 La primauté donnée à l'appréciation des chefs de service

A l'exception des agents bénéficiant d'une promotion au titre de l'activité syndicale (cf. paragraphe 1.3.4) ne sont promus que des agents proposés et classés par leur supérieur hiérarchique et leur chef de service. Dans certaines situations particulièrement signalées la DRH peut réinterroger le chef de service pour réexamen.

Les propositions de promotions font l'objet d'une concertation au sein de chaque service et d'un arbitrage par le chef de service.

Pour les corps et grade bénéficiant de droits à promotion et d'effectifs promouvables suffisamment importants³, des « quotas » sont notifiés annuellement par la DRH ministérielle à chaque service en tenant compte de la part d'agents promouvables qui exercent dans leur périmètre. Les chefs de service en choisissent les bénéficiaires et font remonter à la DRH ministérielle les noms des agents à promouvoir correspondant à ces droits.

Pour les corps et grades pour lesquels le nombre total des promotions à distribuer ou le nombre de promouvables est faible, il n'est pas procédé à une notification annuelle par service des promotions et une gestion globale des promotions s'effectue au niveau central.

³ En application du principe d'égalité entre les fonctionnaires d'un même corps, « Le Conseil d'État estime, sous réserve de l'appréciation de la juridiction compétente, qu'il ne serait pas raisonnable de déconcentrer les actes impliquant une appréciation des mérites respectifs des agents d'un même corps lorsque l'effectif de ce corps au niveau local est inférieur à une cinquantaine d'agents » (CE, Avis, Ass. générale, 7 juin 1990, n° 347712)



LIGNES DIRECTRICES DE GESTION - PROMOTIONS | 2025 – 2029

Pour l'ensemble des corps et grades, les chefs de service font remonter à la DRH ministérielle les fiches individuelles de proposition de tous les agents qu'ils souhaitent voir promus.

2.4 La transparence

Celle-ci va de pair avec la qualité de l'information et la définition d'indicateurs de suivi et de bilan des promotions.

2.4.1 Vis-à-vis des services

- Co-vérification et publication des listes des agents promouvables

Les listes des agents éligibles à une promotion sont établies par la DRH ministérielle. Celles-ci font l'objet d'une vérification par les chefs de service puis sont publiées sur l'intranet ministériel.

- Définition d'indicateurs de suivi des promotions

Les indicateurs suivis au niveau national seront partagés avec les services.

Ces indicateurs comprennent a minima :

- Le nombre d'inscrits et de promouvables par corps et grades
- Les données relatives à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes
- L'équilibre des promotions entre « univers » (Administration centrale, ARS, services déconcentrés, autres situations...)

- Une commission représentant les chefs de service pourra être mise en place pour l'examen et les décisions relatives aux promotions de certains corps et grades

2.4.2 Vis-à-vis des agents

Les ministères sociaux souhaitent garantir la meilleure information des agents sur la promotion, à des moments clés, tant en ce qui concerne leur situation personnelle que sur le déroulement des campagnes annuelles.

Au moment de l'entretien annuel d'évaluation, si l'agent est éligible à une promotion, et a fortiori s'il se situe au dernier échelon de son grade depuis au moins trois ans⁴, celle-ci doit être

⁴ Cf. article 3 du décret n° 2010-888 : « Lorsque le fonctionnaire a atteint, depuis au moins trois ans au 31 décembre de l'année au titre de laquelle il est procédé à l'évaluation, le dernier échelon du grade dont il est titulaire et lorsque la nomination à ce grade ne résulte pas d'un avancement de grade ou d'un accès à celui-ci par concours ou promotion internes, ses perspectives d'accès au grade supérieur



LIGNES DIRECTRICES DE GESTION - PROMOTIONS | 2025 – 2029

abordée avec le supérieur hiérarchique. De même, après les arbitrages rendus par le chef de service sur les promotions, l'agent est informé s'il figure ou non parmi les propositions.

Outre les informations délivrées par les responsables hiérarchiques directs à leurs agents et l'information interne sur le déroulement de la campagne annuelle, les chefs de service doivent être en mesure de justifier leurs choix s'ils sont sollicités.

Les agents ont également la possibilité de s'informer facilement de leur éligibilité à une promotion au moment du lancement de la campagne et des résultats de celle-ci en fin de processus, grâce aux informations mises en ligne sur l'intranet ministériel.

2.4.3 Vis-à-vis des organisations syndicales

Afin qu'elles puissent assurer leur rôle aux grandes étapes de la campagne annuelle de promotion, les organisations syndicales élues aux comités sociaux d'administration se voient communiquer aussi tôt que possible :

- Le calendrier détaillé de la campagne, précisant notamment la période pendant laquelle les candidats sont sélectionnés et classés par leurs chefs de service
- Les listes des agents promouvables
- La note annuelle de mise en œuvre de la campagne de promotion et ses annexes
- le nombre de droits à promotions de l'année considérée pour chaque corps et grade, ainsi que la part de ces droits notifiés sous forme de quotas aux chefs de service
- L'ancienneté moyenne dans le grade des agents promus au titre des tableaux d'avancement de l'année précédente
- La composition des membres de la commission nationale représentant les employeurs
- Les indicateurs de suivi des promotions établis au niveau national.
- La liste définitive des inscrits, à titre confidentiel, avant publication.

Il incombe aux chefs de service d'assurer le dialogue social de proximité :

- en recevant à sa demande chaque organisation syndicale représentée au niveau national ou local pour échanger sur la campagne ;
- en examinant de façon détaillée, préalablement à la transmission des propositions à la DRH ministérielle, les situations particulières d'agents signalées par les organisations syndicales.

Les organisations syndicales peuvent signaler aux chefs de service des situations particulières de certains agents. Ces signalements doivent avoir été examinés avant les arbitrages internes sur les promotions et la transmission des propositions à la DRH ministérielle. Un retour

sont abordées au cours de l'entretien et font l'objet d'une appréciation particulière du supérieur hiérarchique dans le compte rendu de cet entretien. Ces dispositions sont applicables aux agents en position de détachement, aux agents intégrés à la suite d'un détachement ou directement intégrés, qui n'ont bénéficié, depuis leur nomination au sein de leur administration, établissement ou collectivité territoriale d'origine, d'aucune promotion ni par voie d'avancement ni par voie de concours ou de promotion internes. »



LIGNES DIRECTRICES DE GESTION - PROMOTIONS | 2025 – 2029

d'information aux organisations syndicales sur l'analyse de ces signalements doit être réalisé au niveau local en temps utile pour permettre une éventuelle rectification avant la fin de la campagne.

2.4.4 La publication des résultats de la campagne de promotion

Cette transparence se concrétise également par la publication des résultats de la campagne sur l'intranet ministériel et au bulletin officiel. Les services puis les organisations syndicales en sont destinataires avant publication. Tant qu'ils ne sont pas indiqués comme définitifs, les résultats de la campagne restent confidentiels. Il appartient au supérieur hiérarchique d'en assurer l'annonce aux candidats avant le 15 décembre de l'année N-1.

3 LES ROLES RESPECTIFS DES ACTEURS DU PROCESSUS DE PROMOTION

3.1 Le rôle des encadrants (N+1) et des chefs de service

3.1.1 Le rôle des supérieurs hiérarchiques directs (N+1)

La promotion des agents est pour les supérieurs hiérarchiques un acte managérial important qui demande une implication particulière et s'appuie sur plusieurs leviers et outils.

Pour chaque agent qu'il souhaite proposer à une promotion, il élabore, avec le plus grand soin et en cohérence avec le compte-rendu d'évaluation professionnelle, une fiche individuelle de proposition à une promotion (**cf. annexe 1**) en tenant compte des principes d'équité, d'impartialité et de parité femmes/hommes et des critères de promotion indiqués dans les présentes lignes directrices de gestion et dans les lignes directrices de gestion interministérielles des corps concernés

Le N+1 indique à l'agent s'il est proposé. S'il ne l'est pas, il engage un dialogue sur les marges de progression et un accompagnement peut être proposé.

3.1.2 Le rôle des chefs de service

Les chefs de service au sens des présentes lignes directrices de gestion, sont les directeurs d'administration centrale, les directeurs régionaux, les directeurs départementaux et les directeurs d'établissement placés sous l'autorité des ministres en charge du travail, de l'emploi, de la santé et de la cohésion sociale, ainsi que les cheffes et chefs de service des agents placés en position normale d'activité, en position de détachement ou qui sont affectés dans des établissements ou autres structures ne relevant pas de la tutelle des ministères sociaux.



LIGNES DIRECTRICES DE GESTION - PROMOTIONS | 2025 – 2029

Les chefs de service sont garants du dialogue social et du bon déroulement du processus de choix des agents à promouvoir, en conformité avec les principes des lignes directrices de gestion et la note annuelle de mise en œuvre de la campagne.

3.2 Les rôles en matière de pilotage et de coordination**3.2.1 Le pilotage et la coordination des promotions dans le cadre de l'administration territoriale de l'Etat**

Les DREETS, DRIEETS, DEETS et ARS assurent le pilotage territorial des travaux d'avancement pour les structures qui leur sont rattachées, en lien, le cas échéant avec les DDETS/DDETS-PP et les SGCD. Ils sont les interlocuteurs uniques de la DRH. Elles sont garantes de l'équité de la répartition infrarégionale dans le respect des principes et critères des LDG. Elles transmettent à la DRH ministérielle les tableaux nominatifs ainsi que les fiches de proposition (pour les rompus et les promotions relevant du niveau national).

3.2.2 Le rôle de la direction des ressources humaines ministérielle (DRH-M)

La DRH ministérielle est garante de la bonne application des lignes directrices de gestion de promotion et de valorisation des parcours professionnels des agents des ministères sociaux.

Elle assure le pilotage national des campagnes annuelles de promotion. Elle transmet, à cet effet, chaque année aux chefs de service une note de mise en œuvre de la campagne de promotion. Cette note indique le processus annuel de gestion des promotions, depuis l'établissement des listes de promouvables jusqu'à la publication des arrêtés de promotion.

La DRH assure l'information des services, des agents et des organisations syndicales sur le processus de promotion. Elle accompagne les services dans sa mise en œuvre.

La DRH établit et assure la publication aux bulletins officiels des ministères sociaux des arrêtés portant inscription sur les listes d'aptitude et les tableaux d'avancement. Elle procède aux nominations en lien avec les services et prend les arrêtés collectifs ou individuels correspondants.

Elle suit la réalisation des objectifs de la politique RH de promotion. Elle établit un bilan annuel des promotions et en rend compte auprès des comités sociaux d'administration.

La DRH réalise le dialogue social avec les organisations syndicales sur le processus de promotion. Elle est garante de la fluidité de ce dialogue

4 CRITERES DE PROMOTION AU CHOIX

Au regard des objectifs indiqués sur la valorisation des parcours des agents des Ministères sociaux, les promotions au choix dans les corps et grades tiennent compte des critères ci-dessous, non cumulatifs et sans ordre de priorité entre eux. La détention d'un seul de ces critères ne peut permettre, à elle seule, de justifier la promotion.

En outre, au regard de besoins particuliers identifiés pour certains corps et grades des critères spécifiques pourront être définis dans un cadre expérimental.



LIGNES DIRECTRICES DE GESTION - PROMOTIONS | 2025 – 2029**4.1 Critères communs aux personnels encadrants et non encadrants**

Le supérieur hiérarchique direct s'appuie sur les comptes-rendus d'entretiens professionnels des agents pour évaluer la valeur professionnelle et le parcours des agents promouvables, afin de déterminer son choix.

La valeur professionnelle prend en considération :

- L'aptitude à exercer les missions statutaires et à assumer des responsabilités élargies

Ces critères sont notamment évalués à partir des pièces constitutives du dossier de promotion, des comptes-rendus d'entretien professionnel (CREP) des trois dernières années ou plus si la situation de l'agent le justifie, des propositions de promotions et /ou du relevé de carrière.

Il est rappelé qu'il appartient au supérieur hiérarchique direct d'évaluer ses agents.

- Les résultats obtenus sur les différentes fonctions au regard de l'importance et la complexité des missions et l'affectation sur des postes considérés comme exposés ou peu attractifs

L'affectation sur des postes considérés comme complexes, exposés ou impliquant une capacité d'animation ou de coordination (en dehors des responsabilités d'encadrement) doit être valorisée.

Les postes considérés comme complexes sont ceux dont les activités demandent des connaissances et des savoirs faire et savoir être diversifiés.

Les postes considérés comme exposés sont ceux dont les activités sont marquées par des sollicitations fortes de la part de la hiérarchie, du public (usagers) ou des partenaires.

Il en est de même quant à l'affectation sur des postes peu attractifs ou à durée minimale. Les mobilités vers un territoire, un métier ou un service connaissant un déficit d'attractivité font l'objet d'une reconnaissance particulière, notamment dans le cadre des promotions, à condition que l'agent soit effectivement resté en poste pendant une durée suffisante ou requise et ait atteint les objectifs attendus.

- Le niveau d'implication dans l'exercice des fonctions et l'engagement professionnel

La promotion d'un agent se regarde à l'aune de l'ensemble de son parcours de carrière et de ses promotions antérieures.

La motivation de l'agent pour diversifier son parcours et ses compétences se traduit, notamment, par le suivi de formations permettant d'acquérir des compétences nouvelles demandées par l'administration et/ou l'agent lui-même, ou par les efforts consentis pour la préparation et la présentation aux concours internes et examens professionnels.

Il est tenu compte également des qualités développées par l'agent et de sa manière de servir (sens du service public, esprit d'équipe, autonomie, initiative...).



LIGNES DIRECTRICES DE GESTION - PROMOTIONS | 2025 – 2029

→ La mobilité et la qualité du parcours et de l'expérience professionnelle

Elles seront appréciées au travers de la diversité des fonctions exercées et des postes occupés

La mobilité géographique ou fonctionnelle sera valorisée. Ce critère sera toutefois plus ou moins important selon la catégorie de l'agent, son niveau d'encadrement et de responsabilités. La mobilité des agents (fonctionnelle et géographique) est un élément essentiel tant pour le développement des personnels et de leurs parcours que pour assurer la meilleure mobilisation des compétences au service des missions du service public.

Une attention particulière est portée aux agents ayant atteint l'échelon sommital de leur grade ou le grade sommital de leur corps.

Seront ainsi valorisés les parcours des agents :

- Ayant exercé dans une autre administration, en administration centrale et en services déconcentrés, dans le secteur privé, notamment dans le secteur associatif, ou dans une organisation européenne ou internationale ;
- Ayant exercé différentes activités professionnelles et développé des compétences en matière de politiques publiques, de fonctions support ou dans le cadre d'une activité syndicale ;
- Ayant exercé des fonctions de management direct en mode hiérarchique, de management fonctionnel en mode projet et/ou d'expertise sur des dossiers particulièrement techniques.

→ L'affectation sur des postes à forte technicité

Il est nécessaire également de tenir compte du besoin en compétences techniques dans les domaines nécessitant une acquisition de compétences sur une longue durée. Une carrière dans un même domaine d'activité et présentant peu de variété de métiers pourra donc être aussi valorisée compte tenu de l'expertise acquise et des compétences développées sur des postes nécessitant une technicité et/ou une expertise particulière ou lorsqu'elle s'inscrit dans le cadre du développement d'une compétence métier ou méthodologique (audit, conduite de projet par exemple).

→ La reconnaissance de l'engagement syndical

L'exercice d'une activité syndicale est considéré comme une partie intégrante du parcours professionnel.

Les règles de gestion exposées dans ces lignes directrices de gestion s'appliquent à l'ensemble des agents exerçant une activité syndicale, y compris ceux affectés dans les services territoriaux, dans les établissements publics nationaux ou en détachement.

Lors des décisions d'inscription au tableau d'avancement et sur la liste d'aptitude, la situation des porteurs de mandats qui ne sont pas éligibles à une promotion de droit (cf. paragraphe 1.3.d.), doit être examinée au même titre et selon les mêmes modalités que celles des autres agents promouvables.

La DRH ministérielle veille à ce que les porteurs de mandats ne fassent pas l'objet de discrimination.



LIGNES DIRECTRICES DE GESTION - PROMOTIONS | 2025 – 2029**4.2 Critères concernant les seuls agents encadrants**

L'examen du mérite d'un agent exerçant des fonctions d'encadrement repose sur le constat de sa valeur professionnelle et de son engagement, appréciés sur la base d'un ensemble d'éléments concordants intégrant, prioritairement, et en fonction du grade concerné, ses capacités d'animation. L'animation recouvre l'encadrement d'équipes, le pilotage de moyens, la conduite de politiques publiques ou l'accompagnement du changement.

L'exposition, les responsabilités et l'animation d'équipes sont inhérentes à l'encadrement. Aussi, doivent-elles être valorisées, l'exercice de ces compétences étant significatif d'un investissement professionnel important. L'acceptation par un agent de la charge d'encadrement peut en effet constituer l'un des marqueurs forts de sa motivation et de sa volonté d'apporter son concours à l'exercice de missions plus complexes.

L'agent doit avoir fait preuve de ses capacités en matière d'encadrement, de telle sorte que le simple exercice de responsabilités managériales ne saurait suffire à lui seul pour être promu.

Par ailleurs, la capacité de l'agent à se projeter sur les nouvelles fonctions peut être appréciée. Au-delà du critère d'encadrement, les compétences techniques de l'agent constituent également un critère à prendre en compte. De même, les qualités d'adaptation, la force de proposition, le sens de l'innovation, les qualités d'analyse ou encore le sens de l'initiative sont à considérer.

4.3 Critères concernant les agents pouvant accéder à des fonctions d'encadrement

L'examen du mérite d'un agent pouvant être promu à des fonctions d'encadrement, dans le cadre d'un avancement de grade ou d'une promotion de corps, repose sur le constat de sa valeur professionnelle et de son engagement. Ces derniers sont notamment appréciés sur la base de critères tels que la capacité à organiser le travail d'une équipe, l'intérêt d'un encadrant, la conception ou la conduite de projet, l'animation fonctionnelle d'une équipe ou l'animation de réseaux, la capacité d'adaptation, d'anticipation ou à être force de proposition.

4.4 Critères concernant les agents appartenant à des corps interministériels à gestion ministérielle

Pour ces agents, les promotions devront reposer sur des critères compatibles avec les éventuels principes édictés au niveau interministériel.

Pour les corps dont les ministères sociaux sont chefs de file, mais dont les agents sont majoritairement affectés dans d'autres ministères, les LDG ministérielles des ministères sociaux constitueront le cadre de référence en termes de critères de promotion.

4.5 Critères de reconnaissance des missions transverses d'accompagnement

L'engagement des agents dans des missions transversales au service du collectif de travail en sus de leur activité principale est pris en compte.



5 LES VOIES DE RECOURS

Nonobstant la possibilité d'un recours contentieux, les agents peuvent former un recours administratif contre les décisions individuelles défavorables relatives à la promotion interne (avancement de grade et changement de corps).

L'arrêté des agents promus par type de promotion constitue l'acte administratif faisant grief. Il doit faire mention des voies et délais de recours.

Les agents peuvent choisir un représentant désigné par l'organisation syndicale représentative de leur choix pour les assister dans l'exercice de leur recours administratif. A leur demande, les éléments relatifs à leur situation individuelle au regard de la réglementation en vigueur et des lignes directrices de gestion leur sont communiquées. Doivent être considérées comme représentatives les organisations syndicales ayant obtenu au moins un siège au sein du comité social d'administration ministériel ou de tout autre comité social d'administration dont relève l'agent.

6 LE BILAN ET LE SUIVI DES LIGNES DIRECTRICES DE GESTION PROMOTION

La mise en œuvre des LDG promotion fait l'objet d'un rapport annuel qui intègre les indicateurs listés dans **l'annexe 2**.

Ces éléments sont intégrés dans le rapport social unique présenté devant le comité social d'administration.



ANNEXES



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,
DES SOLIDARITÉS
ET DES FAMILLES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Secrétariat général
Direction des ressources humaines**

Edition et mise en page : Direction des ressources humaines

ANNEXE 1 : PRINCIPAUX ELEMENTS DEMANDES DANS LA FICHE INDIVIDUELLE DE PROPOSITION

Evaluation globale du parcours et de l'emploi actuel de l'agent au regard du grade auquel il est proposé :

- Diversité des fonctions exercées
- Mobilité géographique et diversité des affectations
- Expérience managériale
- Développement des compétences par la formation continue ou préparation en cours d'un concours ou examen professionnel
- Reconnaissance des missions transverses d'accompagnement
- Complexité technique ou expertise particulière demandée par le poste
- Détention d'une ou plusieurs expertises dépassant les attendus du poste
- Poste exposé ou peu attractif

Mérite :

- Valeur professionnelle ressortant des 3 derniers CREP
- Manière de servir de l'agent
- Niveau d'implication dans l'exercice des fonctions et l'engagement professionnel
- Aptitude à assumer des responsabilités élargies
- Résultats obtenus au cours des trois dernières années

Pour les agents encadrants ou proposés pour l'accès à des grades dont les missions statutaires impliquent de l'encadrement :

- Capacité d'animation
- Qualités d'analyse, capacité de synthèse, expression écrite et orale
- Force de proposition ou sens de l'innovation
- Qualités d'adaptation

ANNEXE 2 : LISTE DES INDICATEURS SUIVIS POUR CHAQUE TABLEAU D'AVANCEMENT ET LISTE D'APTITUDE

- Evolution des taux pro/pro ;
- Nombre des promotions autorisées ;
- Nombre annuel des agents promouvables et des agents inscrits ;
- Nombre de droits à promotion ventilés sous forme de « quotas » droits à promotion restant à attribuer directement par la DRH-M (uniquement pour les corps et grades faisant l'objet d'une notification) ;
- Taux d'hommes et de femmes parmi les agents promouvables ;
- Taux d'hommes et de femmes parmi les agents inscrits ;
- Ancienneté moyenne dans leur grade et dans leur corps d'origine des agents inscrits.

ANNEXE 3 : LISTE DES TABLEAUX D'AVANCEMENT ET LISTE D'APTITUDES ÉTUDIÉS ANNUELLEMENT

- **AAE** Attachés d'administration de l'Etat
 - LA Attaché d'administration de l'Etat
 - TA Attaché principal d'administration de l'Etat
 - TA Attaché d'administration hors classe
 - TA ES Attaché d'administration hors classe

- **SAMA** Secrétaires administratifs relevant des ministres chargés des affaires sociales
 - LA Secrétaire administratif classe normale
 - TA Secrétaire administratif de classe supérieure
 - TA Secrétaire administratif de classe exceptionnelle

- **TP** Techniciens de physiothérapie
 - TA Technicien de physiothérapie classe supérieure
 - TA Technicien de physiothérapie classe exceptionnelle

- **ADA** Adjoints administratifs des administrations de l'Etat
 - TA Adjoint administratif principal 2ème classe
 - TA Adjoint administratif principal 1ère classe

- **ADT** Adjoints techniques des administrations de l'Etat
 - TA Adjoint technique principal 2ème classe
 - TA Adjoint technique principal 1ère classe

- **IT** Inspecteurs du travail
 - LA Inspecteur du travail
 - TA Directeur adjoint du travail
 - TA Directeur du travail
 - TA ES Directeur du travail

- **CT** Contrôleurs du travail
 - TA Contrôleur du travail hors classe

- **MISP** Médecins inspecteurs de santé publique
 - TA Médecin inspecteur en chef de santé publique
 - TA Médecin inspecteur général de santé publique
 - TA ES Médecin inspecteur général de santé publique

- **PHISP** Pharmaciens inspecteurs de santé publique
 - TA Pharmacien inspecteur de santé publique
 - TA Pharmacien inspecteur général de santé publique
 - TA ES Pharmacien inspecteur général de santé publique HED

- **IGS** Ingénieurs du génie sanitaire
 - LA Ingénieur du génie sanitaire
 - TA Ingénieur en chef du génie sanitaire

- TA Ingénieur général du génie sanitaire
- TA ES Ingénieur général du génie sanitaire
- IES Ingénieurs d'études sanitaires
 - LA Ingénieur d'études sanitaires
 - TA Ingénieur principal d'études sanitaires
 - TA Ingénieur d'études sanitaires Hors classe
 - TA ES Ingénieur d'études sanitaires Hors classe
- IASS Inspecteurs de l'action sanitaire et sociale
 - LA Inspecteur de l'action sanitaire et sociale
 - LA Inspecteur de l'action sanitaire et sociale Hors classe
 - TA Inspecteur de l'action sanitaire et sociale Hors classe
 - TA Inspecteur de l'action sanitaire et sociale de classe exceptionnelle
 - TA ES Inspecteur de l'action sanitaire et sociale de classe exceptionnelle
- CTSS Conseillers techniques de service social des administrations de l'État
 - LA Conseiller technique de service social des administrations de l'Etat
 - TA Conseiller technique supérieur de service social des administrations de l'Etat
- ASS Assistants de service social des administrations de l'État
 - TA Assistant de service social principal des administrations de l'Etat
- T3S Techniciens sanitaires et de sécurité sanitaire
 - LA Technicien sanitaire et de sécurité sanitaire
 - TA Technicien sanitaire et de sécurité sanitaire principal
 - TA Technicien sanitaire et de sécurité sanitaire en chef
- ADS Adjoints sanitaires
 - TA Adjoint sanitaire principal 2ème classe
 - TA Adjoint sanitaire principal 1ère classe
- IDE Infirmières et infirmiers des services médicaux des administrations de l'État
 - TA infirmier de classe supérieure des administrations de l'Etat
 - TA Infirmier hors classe des administrations de l'Etat
- PEG INJA Professeurs d'enseignement général de l'Institut national des jeunes aveugles
 - TA Professeur d'enseignement général hors classe de l'INJA
- PEG INJS Professeurs d'enseignement général de l'Institut national des jeunes sourds
 - TA Professeur d'enseignement général hors classe des INJS
- PET Professeurs d'enseignement technique des instituts nationaux de jeunes sourds et de l'Institut national des jeunes aveugles
 - TA Professeur d'enseignement technique hors classe de l'INJS et de l'INJA
- ESP Educateurs spécialisés des instituts nationaux de jeunes sourds et de l'Institut national des jeunes aveugles
 - TA Educateur spécialisé principal