



MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE

Direction générale de l'offre de soins

Sous direction des ressources humaines du
système de santé
Bureau de l'organisation des relations sociales
et des politiques sociales (RH3)
Eléonore DUBOIS-DI MACARIO
Chargée de mission
Tél. 01 40 56 70 01
eleonore.dubois@sante.gouv.fr
Mission Etudes Impacts Métiers et Masse
Salariale (MEIMMS)
Clément CORRIOL
Adjoint à la cheffe de mission
Tel. 01 40 56 51 53
Clement.CORRIOL@sante.gouv.fr

La ministre des Affaires sociales et de la Santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs d'agences
régionales de santé
(pour mise en œuvre)

Mesdames et Messieurs les Préfets de régions
(pour information)

Mesdames et Messieurs les préfets de
départements (pour information)

Directions régionales de la jeunesse, des sports et
de la cohésion sociale (pour information)

Directions départementales interministérielles
(pour information)

Monsieur le Directeur général de la Caisse
nationale de l'assurance maladie des travailleurs
salariés (pour information)

Mesdames et Messieurs les chefs
d'établissements (pour mise en œuvre)

INSTRUCTION N° DGOS/RH3/MEIMMS/2013/410 du 17 décembre 2013 relative aux mesures d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé éligibles au fonds d'intervention régional.

NOR : AFSH1331123J

Classement thématique : Etablissements de santé

Validée par le CNP le 6 décembre 2013 - Visa CNP 2013-236

Catégorie : Directive adressée par le ministre aux services chargés de leur application dans le cadre de l'examen particulier de demandes individuelles.

Résumé : Des principes généraux doivent être respectés dans le cadre de l'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé. Les gestionnaires disposent dans ce contexte d'outils juridiques et financiers mobilisables pour conduire une politique des ressources humaines. Ces mesures sont éligibles au FIR, sous certaines conditions.

Mots-clés : Dialogue social - gestion prévisionnelle des métiers et des compétences - mobilité - conversion professionnelle - indemnité de départ volontaire – décision attributive de financement d'opérations de modernisation - cellules locales d'accompagnement social – remboursement du différentiel de rémunération - conditions de travail

Textes de références :

- Articles L. 1435-8 à L. 1435-11 et R. 1435-16 à R. 1435-36 du code de la santé publique.
- Loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 et notamment son article 65.
- Décret n° 98-1220 du 29 décembre 1998 modifié instituant une indemnité de départ volontaire au profit de fonctionnaires, agents stagiaires et agents contractuels en fonctions dans un établissement mentionné à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986.
- Décret n°2001-353 du 20 avril 2001 modifié instituant une indemnité exceptionnelle de mobilité dans la fonction publique hospitalière.
- Décret n° 2001-1242 du 21 décembre 2001 modifié relatif au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.
- Décret n°2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière.
- Décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé.
- Arrêté du 29 décembre 1998 modifié fixant le montant de l'indemnité de départ volontaire versée à certains agents de la fonction publique hospitalière.
- Arrêté d'application du 20 avril 2001 fixant les montants de l'indemnité exceptionnelle de mobilité dans la fonction publique hospitalière.
- Arrêté du 27 février 2012 fixant la liste et les conditions de versement des aides individuelles, des prestations et des compléments de rémunération financés par le fonds d'intervention régional en application du 3° de l'article R. 1435-19 du code de la santé publique.
- Circulaire n° SG/2012/145 du 9 mars 2012 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.
- Circulaire n°SG/2013/195 du 14 mai 2013 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2013.
- Instruction n° DGOS/RH3/DSS/2013/411 du 16 décembre 2013 relative à l'assujettissement aux prélèvements fiscaux et sociaux des indemnités de départ volontaires et des aides à la mobilité financées dans le cadre du Fonds d'intervention régional.

Texte abrogé :

- instruction n°DGOS/RHSS/MEIMMS/2010/215 du 23 juin 2010 relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), de projets visant à renforcer la gestion prévisionnelle des métiers, des effectifs et des compétences dans les établissements de santé

Texte modifié :

- circulaire n°DGOS/RH3/MEIMS/2012/228 du 8 juin 2012 relative aux mesures d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé éligibles au fonds d'intervention régional créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

Annexes :

- Annexe 1 : les aides individuelles
- Annexe 2 : les contrats locaux d'Amélioration des Conditions de travail (CLACT)
- Annexe 3 : la gestion prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC) et le pilotage des effectifs et de la masse salariale.

Diffusion : Cette instruction est à destination des chefs d'établissement et des directeurs généraux des agences régionales de santé.

La présente circulaire a pour objet de rappeler les principes généraux applicables dans le cadre de l'accompagnement social de la modernisation des **établissements de santé publics et privés (lucratifs et non lucratifs)** et les mesures qui peuvent faire l'objet d'un financement au titre du fonds d'intervention régional, entré en vigueur le 1^{er} mars 2012, ainsi que de préciser le rôle des différents acteurs concernés.

I. Présentation des mesures d'amélioration des conditions de travail et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé susceptibles d'être financées par le FIR.

I.A. Les aides individuelles :

Une aide financière peut être accordée aux agents à différents titres : exercice d'une mobilité géographique, engagement d'une conversion professionnelle ou quitter la fonction publique pour réaliser un projet personnel. Les aides individuelles peuvent également porter sur la mise en place d'une cellule locale d'accompagnement social (CLASMO) et d'un dispositif de remboursement du différentiel de rémunération.

Les modalités relatives aux aides individuelles sont précisées dans l'annexe 1 qui comporte cinq fiches : CLASMO, mobilité, conversion professionnelle, indemnité de départ volontaire (IDV) et remboursement du différentiel de rémunération (RDR).

I.B. Les Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT) :

La mise en œuvre de ces contrats permet, d'une part, d'accompagner les établissements de santé dans le développement d'une culture de prévention des risques professionnels, et d'autre part, de promouvoir des réorganisations du travail de nature à améliorer les rythmes de travail et la qualité de vie au travail. Les financements obtenus par l'intermédiaire des CLACT peuvent également permettre d'accompagner les mobilités fonctionnelles et professionnelles des agents.

Les modalités relatives aux CLACT sont précisées dans l'annexe 2.

I.C. La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) et le pilotage des effectifs et de la masse salariale :

La GPMC vise à piloter les effectifs et les compétences des ressources humaines à moyen et long terme.

Le chef d'établissement dispose de différents leviers d'actions de GPMC : politique de recrutement, orientations du plan de formation, organisation du travail, mouvements internes, gestion du temps partiel, etc.

Pour autant, les chefs d'établissement ne disposent pas toujours de méthode, d'outils (calcul de GVT par exemple) et de ressources nécessaires à un pilotage rapproché des effectifs et de la masse salariale.

Le volet GPMC et pilotage des effectifs et de la masse salariale doit permettre d'accompagner les établissements de santé dans le développement d'une culture prospective dans le domaine des ressources humaines.

Les modalités relatives à la GPMC et au pilotage des effectifs et de la masse salariale sont précisées dans l'annexe 3.

II. La procédure de financement par le FIR.

Pour pouvoir être financées par le FIR, les aides individuelles sont subordonnées à l'existence d'une opération de modernisation, contrairement aux CLACT et à la GPMC qui peuvent être financés par le FIR que l'établissement soit concerné ou non par une opération de modernisation.

Les pièces justificatives exigées aux différentes étapes de la procédure sont précisées dans les tableaux « Pièces justificatives nécessaires à l'octroi de financements » qui sont joints à chacune des fiches et annexes de la mesure concernée.

II.A. La demande de l'établissement à l'ARS :

Les demandes de financement au titre du FIR doivent être adressées directement par les établissements à l'ARS territorialement compétente.

La demande de l'établissement doit présenter le projet à financer de manière précise. Elle doit ainsi rappeler le contexte dans lequel s'inscrit l'établissement et le cas échéant, l'opération de modernisation, le coût ainsi que le calendrier prévisionnel.

La demande peut en outre comporter en fonction du type d'aide concernée :

- pour les aides individuelles, l'attestation que l'établissement est engagé dans une opération de modernisation et le nombre d'agents concernés par les actions à financer (les effectifs concernés : catégories et services concernés, effectifs actuels et cibles, nombre d'agents éligibles au FIR et types de financements concernés) ainsi que les aides sollicitées au titre du FIR : nature et montants par types d'aides, estimation du nombre d'agents par mesures et leur grade, estimation du coût par mesure et par agent, coût total estimé ;
- pour les CLACT, l'avis des instances (a minima l'avis du CHSCT), le document unique d'évaluation des risques professionnels et des données relatives aux conditions de travail (taux d'absentéisme, taux de turn over) ;
- pour la GPMC, le contexte du projet de GPMC ainsi qu'un état d'avancement du projet et un calendrier prévisionnel du projet de GPMC.

Une même demande de financement pourra porter sur une ou plusieurs aides financières (CLASMO, IDV, CLACT...), à charge pour l'établissement de présenter dans sa demande les différentes aides sollicitées et d'y joindre des dossiers spécifiques pour chacune d'elles.

II.B. L'engagement des crédits par l'ARS :

L'ARS instruit la demande de l'établissement au vu des documents qu'il lui a transmis et peut demander à cette fin toute pièce ou information complémentaire de manière à orienter sa décision. Elle vérifie le caractère réel et sérieux du projet et veille notamment à ce que le chiffrage du projet de l'établissement soit suffisamment détaillé par le biais du budget prévisionnel¹ joint.

A l'issue de cette instruction, l'ARS prendra ou non une décision attributive de financement. En l'absence de réponse positive ou négative de l'ARS, celle-ci sera réputée avoir rejeté implicitement la demande à l'expiration d'un délai de deux mois à compter de la réception de celle-ci.

Vous trouverez une décision-type attributive de financement en annexe de la circulaire n°SG/2013/195 du 14 mai 2013 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2013.

¹ Budget prévisionnel : dépenses de personnel (détail des rémunérations prévues et quotité de travail des personnels recrutés spécifiquement pour la cellule ou remplaçant des agents affectés à la cellule) et autres dépenses de fonctionnement prévues (rémunération de consultant(s) extérieur(s) avec le cahier des charges et la convention signée entre l'établissement ou l'ARS et le consultant) et autres dépenses consécutives à la mise en place de la cellule (à l'exception de toute dépense d'investissement) : locaux, matériels et fournitures divers, informatique, téléphone, documentation, etc.).

En vertu de l'article R. 1435-30 du code de la santé publique (CSP), un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) conclu avec les établissements de santé doit mentionner l'objet des actions, des expérimentations ou des structures financées, les conditions de leur prise en charge financière et de leur évaluation ainsi que les engagements pris par le bénéficiaire, ainsi que les pièces justificatives nécessaires au contrôle de l'ARS du service fait et préalables à l'ordre de paiement que l'ARS adresse à l'organisme d'assurance maladie compétent.

II.C. La liquidation des crédits par l'ARS :

Une fois le financement accordé, il appartient à l'ARS, après réception des pièces justificatives nécessaires au contrôle du service fait et préalables à l'ordre de paiement, d'ordonner le paiement à l'organisme d'assurance maladie compétent. L'avenant au CPOM précise le détail des pièces justificatives nécessaires et mentionne l'obligation pour les établissements de conserver les pièces justificatives. La conservation des pièces justificatives par l'établissement est une nécessité dans l'éventualité d'un contrôle a posteriori de la Cour des comptes ou des chambres régionales des comptes.

En application de l'article L. 1435-10 du CSP, les sommes notifiées par les ARS au titre d'un exercice N sont prescrites à son profit au 31 décembre du quatrième exercice suivant. A titre d'exemple, si une ARS prend une décision attributive de financement à la date du 20 août 2012 les sommes concernées doivent être payées jusqu'au 31 décembre du quatrième exercice suivant soit le 31 décembre 2016. La règle précédente valable au titre du FMESPP de déchéances annuelle et triennale n'est donc plus en vigueur.

En vertu du dernier alinéa de l'article R. 1435-19 du CSP, dans les établissements privés, les aides financées par le FIR ne peuvent se substituer aux financements ayant le même objet prévus par les dispositions du titre deuxième du livre premier de la cinquième partie du code du travail ou par des accords ou conventions collectives.

Dans le cadre du rapport d'activité du FIR, un bilan des différentes actions financées grâce aux crédits du FIR devra être réalisé pour le 31 décembre de chaque année. Il est donc impératif que les ARS s'organisent afin d'assurer le suivi effectif de ces crédits.

Je vous remercie de votre implication dans la mise en œuvre de la présente circulaire et de me tenir informé des difficultés éventuellement rencontrées.

Pour la ministre et par délégation

signé

Jean DEBEAUPUIS
Directeur général de l'offre de soins

Annexe 1 Les aides individuelles

Base juridique : 3° de l'article R. 1435-19 du code de la Santé Publique, arrêté du 27 février 2012, article 2 du décret n° 2001-353 du 20 avril 2001.

Le FIR peut financer des aides individuelles destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements engagés dans des opérations de modernisation sociale cohérentes avec le schéma régional d'organisation des soins.

A. Cinq types d'actions sont concernés :

- les cellules d'accompagnement social (CLASMO) → Fiche 1.1 ;
- la mobilité → Fiche 1.2 ;
- le remboursement des actions de conversion professionnelle → Fiche 1.3 ;
- l'indemnité de départ volontaire → Fiche 1.4 ;
- le remboursement du différentiel de rémunération → Fiche 1.5.

Les aides individuelles peuvent se cumuler entre elles sous réserve de leur compatibilité.

B. Pour pouvoir être éligibles au FIR, les aides individuelles doivent s'inscrire dans une opération de modernisation inscrite dans le projet d'établissement.

B.1. Nature des opérations de modernisation sociale inscrites dans le projet d'établissement.

Selon l'article 2 du décret du 20 avril 2001, constituent des opérations de modernisation les opérations liées à des réorganisations d'établissements sanitaires ou de l'un ou plusieurs de leurs services, approuvées par le directeur général de l'agence régionale de santé, cohérentes avec le schéma régional d'organisation des soins et figurant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique.

Les opérations, qui peuvent être définies et conduites par le chef d'établissement, sont de natures diverses. Il peut s'agir :

- de conversions (ex : transformation de lits) ou de réductions internes d'activités (ex : fermeture d'un service) ;
- de transferts de structures ou de lits (ex : en psychiatrie) ;
- du développement de coopérations, de mises en réseaux, de regroupements sous diverses formes juridiques, ou de fusions de structures (groupement de coopération sanitaire, communauté hospitalière de territoire...).

Les opérations de modernisation doivent être intégrées et déclinées au sein du projet social d'établissement selon les modalités prévues par la réglementation.

Les opérations de modernisation sociale contenues dans ces projets, qui peuvent présenter un caractère annuel ou pluriannuel, devront être prises en compte dans les contrats d'objectifs et de moyens conclus entre les services de l'ARS et les établissements concernés.

Il n'appartient pas à l'ARS de se substituer au chef d'établissement ni dans la conduite des concertations, ni dans l'appréciation de la situation individuelle des agents. L'ARS aura principalement pour objectif une mission de conseil, d'appui et de suivi des opérations de modernisation sociale ainsi qu'un rôle d'expertise lors de l'instruction des demandes de financement présentées.

B.2. Les conséquences de ces opérations sur l'emploi.

Les différentes opérations évoquées ci-dessus peuvent emporter des conséquences importantes sur le niveau et la qualification des effectifs.

Leur mise en place devrait par conséquent être anticipée et faire l'objet d'une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) qui doit constituer l'instrument privilégié d'une politique de valorisation des ressources humaines (annexe 3).

En ce qui concerne la mobilité géographique et professionnelle, le volontariat des agents demeure la règle, qui nécessite pour les gestionnaires hospitaliers de proposer des réaffectations en interne. A défaut il leur appartiendra de travailler en lien avec l'ARS, afin d'envisager les modalités de recrutements possibles dans d'autres établissements.

Lors de la fermeture d'un ou plusieurs services, et en cas d'impossibilité de redéploiement interne des agents concernés, le chef d'établissement peut être amené à recenser les vœux de mobilité des personnels de sa structure et à procéder par étapes successives afin de les satisfaire.

Par ailleurs, quelle que soit la nature de l'opération mise en œuvre, les fonctionnaires conservent leur statut et la rémunération principale afférente à celui-ci selon les modalités prévues à l'article 93 de la loi 86-33 du 9 janvier 1986, précisé par le décret n°88-976 du 13 octobre 1988 relatif au régime particulier de certaines positions des fonctionnaires hospitaliers, à l'intégration et à certaines modalités de mise à disposition.

B.3. Elaboration d'un plan d'accompagnement social.

Il revient au chef d'établissement d'élaborer le plan d'accompagnement social lié à l'opération de modernisation envisagée et de le soumettre aux instances consultatives compétentes. Les mesures à mettre en œuvre doivent faire suite à des concertations menées au sein de chaque établissement dans un cadre collectif et individuel.

Lorsque des solutions ne peuvent se dégager en interne, les mesures concernant les personnels doivent être envisagées dans le cadre d'une entente entre structures voisines. Le développement de cette solidarité peut être soutenu par l'intervention du FIR au travers notamment du remboursement du différentiel de rémunération et de cellules locales d'accompagnement sociales pour la modernisation des hôpitaux (cf. fiches 1.1 et 1.5 de l'annexe 1).

B.4. Le cas des opérations importantes ou portant sur plusieurs établissements.

Lorsque l'opération de modernisation revêt une certaine importance, la création d'une commission ad hoc s'avère sinon obligatoire du moins hautement souhaitable en tant que lieu d'écoute bien identifié et d'assistance personnalisée. Elle paraît également judicieuse lorsqu'une opération de modernisation porte sur plusieurs établissements.

Dans cette hypothèse, la mise en place d'une commission commune ou de commissions distinctes comportant une structure de coopération constitue la meilleure solution. La création d'une telle commission ad hoc nécessite l'avis du comité technique d'établissement (CTE) pour les établissements publics.

La composition de cette commission peut, à titre indicatif, être la suivante :

- le directeur d'établissement, en tant que président ;
- le président de la commission médicale d'établissement ou son représentant ;
- les représentants des organisations syndicales représentatives au niveau de l'établissement ;
- le directeur des ressources humaines et, le cas échéant, responsable du service de formation ;
- le directeur des soins ;
- l'assistant de service social.

Cette commission ad hoc aura à connaître des modalités de gestion de l'opération à mettre en œuvre (nature et volume des emplois concernés, formations, mobilités internes et externes, critères de choix des demandes d'indemnité de départ volontaire...) sans instruire de dossiers individuels qui relèvent de la compétence des commissions administratives paritaires.

Fiche 1.1

Les cellules locales d'accompagnement social (CLASMO)

Base juridique : 5° de l'article 1 de l'arrêté du 27 février 2012.

Une CLASMO a pour mission de prendre en charge l'accompagnement individuel des agents concernés par l'opération de modernisation (information, accueil et conseils). La création d'une CLASMO au sein d'un établissement n'est pas obligatoire, elle dépend de l'importance de l'opération de modernisation envisagée.

La mise en place de cette cellule pouvant générer un surcoût de fonctionnement pour l'établissement, celui-ci pourra en demander la prise en charge par le FIR.

1.1.1. La CLASMO : missions et fonctionnement.

1.1.1.1. Missions.

La cellule a pour but de faciliter les opérations de modernisation hospitalière en permettant un accompagnement individuel des agents concernés.

Elle assure l'articulation entre un projet collectif (l'opération de modernisation agréée par l'ARS) et les conséquences pour les agents de la réalisation de ce projet.

Elle engage à ce titre des actions de prospection d'offres d'emploi adaptées au profil des personnels, notamment par l'approche directe des établissements hospitaliers, sociaux et médico-sociaux du bassin d'emploi, ainsi que des actions permettant de répondre aux besoins individuels de ces personnels.

Elle doit notamment, par le biais d'entretiens individuels, construire avec chaque agent un projet personnel : mobilité géographique ou professionnelle (conversion), départ volontaire, etc.

La cellule doit donc se préoccuper de chaque cas individuel.

Les agents doivent être informés de la création d'une cellule spécifique d'accompagnement le plus rapidement possible, lors de l'élaboration du projet de modernisation.

a) Mission d'information de la cellule.

Il s'avère essentiel face à une situation nécessairement complexe (projet de réorganisation d'un service, d'un pôle ou de l'établissement dans son ensemble) et source d'inévitables et légitimes inquiétudes (conséquences sur l'emploi) que le personnel dispose d'une information claire et complète.

Cette information doit porter :

- sur l'existence même de la cellule (où et à qui s'adresser) et sur les services qu'elle propose ;

- sur le dispositif juridique mis en place pour l'accompagnement social de l'opération de modernisation engagée par l'établissement, notamment en mettant à la disposition des personnels une documentation sur les différentes mesures auxquelles ils peuvent prétendre (textes et circulaires mais aussi documents pédagogiques pouvant être élaborés spécifiquement à cet effet) ;

- sur les postes disponibles dans l'établissement ou à l'extérieur et les opportunités professionnelles possibles (en vue d'une éventuelle conversion).

b) Mission d'accueil, de conseil et d'accompagnement dans la définition et la réalisation du projet personnel de l'agent.

La cellule doit s'efforcer d'être aussi disponible que possible et d'accès facile. Comme l'information, l'accueil est individualisé et doit se traduire par un ou plusieurs entretiens débouchant sur la définition ou la réalisation d'un projet professionnel.

En matière de conseils, une attention particulière sera portée sur les demandes de départ volontaire, surtout si celles-ci ne comportent pas de projet professionnel ou tant que le projet professionnel n'apparaît pas suffisamment construit (principe de prudence, l'acceptation de la démission rendant celle-ci définitive).

La cellule doit être à l'écoute de l'agent concerné et l'aider à préparer son avenir professionnel :

1) aide à la définition du projet : entretiens, bilan/analyse des compétences, étude des différentes possibilités d'évolution (de métiers et de carrière) ;

2) aide à la réalisation du projet : rédaction de CV, préparation personnalisée aux entretiens d'embauche, conseils et recherche en matière de formations, préparation à la mobilité professionnelle ou géographique (y compris dans ses aspects les plus matériels (installation dans la nouvelle résidence, situation familiale : enfants, conjoint)).

1.1.1.2. Positionnement de la CLASMO au sein de l'établissement de santé.

La finalité de la CLASMO étant d'aider individuellement les agents, elle doit garantir le maximum de confidentialité et de neutralité. C'est pourquoi, tout risque de confusion doit être soigneusement évité : la cellule ne doit pas être exclusivement un service de la direction des ressources humaines. Son responsable doit être identifié par les agents de l'établissement et par les partenaires sociaux, d'une part, en raison de ses compétences mais aussi, d'autre part, compte tenu de sa capacité à prendre une certaine distance face aux enjeux économiques et financiers de l'hôpital. La cellule locale d'accompagnement social ne doit cependant pas fonctionner de façon totalement indépendante afin de ne pas risquer d'introduire des incohérences dans la réalisation du projet.

Le responsable de la cellule ne prend pas de décisions relatives au projet de modernisation lui-même. La mise en place d'une cellule ne modifie en rien les pouvoirs et responsabilités des directions des établissements. Le directeur définit et conduit le plan d'accompagnement social qui fait partie intégrante du projet de modernisation. Les cellules locales d'accompagnement social ont essentiellement un rôle d'expertise et de conseil tant auprès de l'administration que des agents.

Bien qu'elles ne doivent pas développer des relations directes avec les instances de l'établissement, il est souhaitable que la direction présente, dans un souci de bonne information, devant celles-ci un bilan de l'activité déployée par la cellule.

1.1.1.3. Composition et organisation de la cellule.

L'institution d'une cellule d'accompagnement social n'est pas obligatoire : elle est laissée à l'appréciation du chef d'établissement. Sa compétence n'est pas non plus nécessairement limitée à un seul établissement puisqu'il est possible de mettre en place une cellule commune à plusieurs centres hospitaliers.

Pour les établissements publics, il est vivement recommandé de soumettre à l'avis du comité technique d'établissement tout projet concernant la création et les modalités de fonctionnement de la cellule locale d'accompagnement social, étant donné que ce comité constitue l'instance privilégiée de dialogue social.

La réglementation ne comporte pas de dispositions précises ni quant au statut ni quant au nombre des membres des cellules.

La composition de cette cellule relève de l'initiative du chef d'établissement qui peut décider d'y affecter :

- soit par redéploiements internes, des agents qualifiés pour ces fonctions de conseils et d'orientation, dont l'emploi devra alors être compensé à due concurrence par des recrutements ponctuels (contrats) et/ou de s'attacher le concours de compétences spécialisées par recrutement externe (pour une durée déterminée) ;
- soit, de façon ponctuelle, par recours à un consultant expert.

Dans les deux mois qui suivront la fin de la période de fonctionnement de la cellule, un bilan quantitatif et qualitatif des opérations qu'elle aura conduites devra être adressé par l'établissement aux représentants du personnel ainsi qu'à l'ARS pour information. Ce bilan mettra notamment en exergue le nombre de salariés reclassés.

1.1.2 - Le financement d'une CLASMO par le FIR.

L'attention des établissements et des ARS est appelée sur les points suivants :

- Le FIR ne peut être sollicité que pour prendre en charge le surcoût en termes de dépenses de personnel ou de logistique engendré par la création de la CLASMO.

Ainsi, si le chef d'établissement décide d'affecter à la cellule des agents (qualifiés pour des fonctions de conseils et d'orientation) par redéploiements internes, il ne peut pas être demandé à l'ARS une prise en charge directe de leur rémunération. L'ARS peut en revanche décider de prendre en charge le coût lié au remplacement de ces agents réaffectés en interne ainsi que des recrutements externe affectés directement à cette cellule.

S'agissant des recrutements externes les établissements peuvent recourir à des personnes justifiant d'une formation et/ou de compétences adéquates (conseiller mobilité-carrière, personne ayant des compétences en matière de formation et de bilans de compétences, psychologues dans des situations contraintes par exemple).

En cas de recours à un consultant, la procédure devra faire l'objet d'un soin particulièrement attentif : ses compétences en la matière feront l'objet d'une analyse rigoureuse. Un cahier des charges sera rédigé, indiquant de façon détaillée les prestations offertes aux personnels, précisant les obligations du consultant (obligations de moyens et de résultats) et les modalités d'appréciation des résultats (qualitatifs et quantitatifs) ainsi que le coût global de la prestation. Ce choix devra être réalisé dans le respect des règles de la commande publique.

Il est par ailleurs conseillé aux établissements de se mettre en relation avec les services du Pôle emploi.

- La cellule n'est pas une structure lourde de gestion, ses membres doivent donc être peu nombreux. Il s'agit d'une structure légère et de mission (aider, conseiller, inciter, informer) qui présente un caractère nécessairement provisoire (en principe simultanément avec la durée du plan social consécutif à l'opération de modernisation). Ne peuvent donc pas être financées des activités pérennes. Les recrutements effectués au titre d'une cellule d'accompagnement social ne peuvent l'être qu'à titre provisoire.

Dans l'hypothèse de la mise en place d'une cellule commune à plusieurs établissements ou d'une structure de coopération entre plusieurs cellules, une convention entre les parties concernées formalisant les conditions de la coopération et précisant le rôle et l'apport spécifique de chaque cellule ou de chaque établissement permettra à l'agence régionale de santé d'apprécier l'intérêt de cette forme de coopération.

Pièces justificatives nécessaires à l'octroi de financements au titre de la CLASMO.

1°) Demande de l'établissement :

La demande de l'établissement comprend :

- le contexte de l'opération de modernisation :
identification de l'établissement (raison sociale, nom du président du conseil de surveillance (EPS) ou du président du conseil d'administration (établissements privés), coordonnées (directeur de l'établissement, n° FINESS, n° SIRET, n° RIB ou RIP)), la description de l'établissement (effectif total du personnel et nombre d'ETP (classé par catégories et filières), nombre de lits et places), la description de l'opération (description générale, objectifs poursuivis, conséquences attendues en termes d'organisation, échéancier (durée, phases et années concernées, les modalités de suivi de l'opération...)) ;
- la copie du budget prévisionnel du projet ;
- annexe détaillant les modalités de création de la CLASMO :
 - désignation et nombre d'agents de l'établissement en effectifs physiques et en équivalent temps plein (nombre d'agent total et pour chaque établissement en cas de cellule commune à plusieurs établissements)
 - le contexte de création de la cellule (opération de modernisation...)
 - les modalités d'intervention : entretiens individuels, questionnaires, élaboration et diffusion de documents méthodologiques, observation et diffusion d'outils et d'éléments d'information, organisations de réunion d'information, de réflexion, mise en œuvre de formations, etc.
 - description de la cellule : positionnement au sein du ou des organigrammes (liaisons hiérarchiques, liaisons fonctionnelles), localisation géographique (adresse précise), jours et heures d'ouverture ; durée de fonctionnement (date de mise en place, durée prévisionnelle en cohérence avec le plan d'accompagnement social pour les cellules locales), composition : moyens humains envisagés (recrutement par redéploiement interne ou recrutement externe/recours à un consultant) et moyens matériels (téléphonie, bureautique, documentation (notamment sur la recherche et les offres d'emplois), locaux, etc.) ;
- le financement demandé, argumenté compte tenu du coût prévisionnel de la cellule.

2°) Engagement de la dépense par l'ARS = décision attributive de financement (complété d'un avenant au CPOM) :

L'ARS étudie la demande de l'établissement et peut demander toute pièce ou information complémentaire de manière à orienter sa décision. Elle veille notamment à ce que le chiffrage du projet de l'établissement soit suffisamment détaillé.

L'ARS indique dans sa décision attributive de financement, de façon limitative :

- le ou les services concernés par l'opération,
- par catégorie professionnelle, le nombre d'agents concernés par l'opération,

La décision attributive de financement précise :

- la durée de vie de la cellule (qui ne doit en principe pas excéder celle de l'opération de modernisation ouvrant droit aux aides du FIR) ;
- le montant annuel de l'aide accordée pour le fonctionnement de la cellule qui sera le cas échéant proratisé en fonction de la date de création (si le budget prévisionnel de la cellule a été bâti sur une année pleine, et que les postes sont effectivement pourvus en cours d'année, alors le prorata devra être fait).

3°) Liquidation et contrôle du service fait au sein de l'établissement (liste non exhaustive) :

- bulletins de salaires de l'agent
- factures

4°) Liquidation, contrôle du service fait par l'ARS - Ordre de paiement transmis par l'ARS à l'organisme d'assurance maladie compétent :

Envoi à l'ARS par l'établissement :

- attestation de service fait établie par le directeur de l'établissement ;
- certificat du comptable que la dépense a été liquidée.

L'ARS peut demander toute pièce justificative qu'elle juge utile pour ordonner le paiement.

Fiche 1.2 La mobilité
--

Base juridique : décret n°2001-353 du 20 avril 2001 modifié, arrêté du 20 avril 2001, décret n°92-566 du 25 juin 1992, 2° de l'article 1 de l'arrêté du 27 février 2012.

Effectuée sur la base du volontariat, la mobilité revêt un caractère prioritaire en cas d'opération de modernisation. L'agent dont l'emploi est supprimé et qui accepte de rejoindre un autre établissement peut percevoir une indemnité exceptionnelle de mobilité (1) et peut bénéficier du remboursement des frais de changement de résidence (2), lesquels pourront être financés par le FIR.

Le développement et l'encouragement à la mobilité des agents reposent d'abord sur la possibilité pour ceux-ci d'accéder facilement à des informations sur les postes à pourvoir. Il convient de rappeler à cet égard l'obligation pour les établissements publics de santé « d'assurer la publicité des postes vacants dont la vacance a été prévue et d'en informer l'autorité administrative compétente de l'Etat » (article 36 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière). L'établissement d'origine peut en outre accompagner l'agent dans ses démarches de mobilité par la passation d'un contrat de mobilité impliquant la structure d'accueil et l'intéressé. Ce document comporte le descriptif du poste proposé, les conditions de rémunération, les horaires de travail ainsi que, le cas échéant, le contenu et la durée de la formation d'adaptation à l'emploi.

Les différents cas de mobilité :

1) Si l'agent ne change pas de résidence familiale, mais change d'établissement de santé ou de site géographique d'implantation au sein de l'établissement où il travaille, il perçoit l'indemnité exceptionnelle de mobilité dont le montant tient compte de la distance entre la résidence familiale et le nouveau lieu d'exercice de l'agent.

2) Si l'agent change de résidence familiale il perçoit l'indemnité exceptionnelle de mobilité avec changement de résidence et, selon la situation, le remboursement des frais de changement de résidence.

Les modalités de soumission de l'indemnité exceptionnelle de mobilité et du remboursement des frais de changement de résidence à certains prélèvements fiscaux et sociaux sont précisées dans l'instruction n° DGOS/RH3/DSS/2013/411 du 16 décembre 2013 relative à l'assujettissement aux prélèvements fiscaux et sociaux des indemnités de départ volontaires et des aides à la mobilité financées dans le cadre du Fonds d'intervention régional.

1.2.1. L'indemnité exceptionnelle de mobilité (IEM).

1.2.1.1. Champ d'application.

L'indemnité exceptionnelle de mobilité est régie par le décret n° 2001-353 du 20 avril 2001 pour les agents des établissements publics de santé mentionnés aux 1 et 7 du premier alinéa de l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986. Pour les établissements de santé privés, le 2° de l'article 1^{er} de l'arrêté du 27 février 2012 prévoit que le montant de l'indemnité est calculé dans les mêmes conditions que celles prévues par le décret du 20 avril 2001.

Les agents amenés à suivre leur poste dans le cadre d'une première mise à disposition ou d'un premier détachement à l'occasion de la création d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) de moyens peuvent également percevoir l'IEM, si ce groupement remplit les conditions d'éligibilité au FIR. Dans ce cas là, le versement de l'aide est effectué par le GCS et non par l'établissement d'origine.

L'indemnité exceptionnelle de mobilité peut bénéficier aux fonctionnaires, aux agents stagiaires ainsi qu'aux agents contractuels régis par le décret du 6 février 1991, et aux salariés de droit privé, qui sont en fonction dans un établissement public ou privé de santé.

Les agents bénéficiaires sont ceux en position d'activité. Les agents placés dans certains congés mais étant toujours en position d'activité peuvent donc en bénéficier (agents en congé maladie, longue maladie, longue durée, agent en congé maternité ou congé d'adoption, etc.).

Les agents qui ne sont pas en position d'activité ne peuvent pas en bénéficier (fonctionnaires, agents stagiaires et agents contractuels en disponibilité, en congé non rémunéré, en congé parental ou accomplissant le service national).

Les agents doivent être concernés par une opération de modernisation les conduisant à une mobilité géographique.

1.2.1.2. Le montant et le versement de l'indemnité.

Les montants bruts forfaitaires de l'indemnité exceptionnelle d'aide à la mobilité sont fixés par l'arrêté du 20 avril 2001. Ils correspondent à la somme, versée à l'agent par l'établissement d'accueil une fois déduction des prélèvements sociaux, ce dernier étant remboursé par ordre de paiement de l'ARS à l'organisme d'assurance maladie compétent.

- **Pour un agent conduit à changer de résidence familiale** (que ce déménagement soit ou non pris en charge au titre des articles 25 et 26 du décret n° 92-566 du 25 juin 1992) :
 - 5 335,72 euros pour un agent avec un ou plusieurs enfants à charge au sens de la législation sur les prestations familiales¹ ;
 - 4 573,47 Euro pour un agent sans enfant à charge.

- **Pour un agent ne changeant pas de résidence familiale** (sous réserve qu'il change d'établissement de santé ou de site géographique d'implantation au sein de l'établissement de santé où il travaille), le montant de l'indemnité varie avec la distance séparant le domicile et le nouveau lieu de travail (pour un aller) :
 - 381,12 euros si cette distance est inférieure à 10 km ;
 - 533,57 euros si cette distance est égale ou supérieure à 10 km et inférieure à 20 km ;
 - 762,25 euros si cette distance est égale ou supérieure à 20 km et inférieure à 30 km ;
 - 1 524,49 euros si cette distance est égale ou supérieure à 30 km et inférieure à 40 km ;
 - 3 048,98 euros si cette distance est égale ou supérieure à 40 km.

Le calcul s'effectue de commune à commune (et non de rues à rues).

L'agent pourra bénéficier de cette indemnité à partir du moment où il remplit les conditions, que son déménagement le rapproche ou non de son nouveau lieu de travail ou inversement, que son nouveau lieu de travail soit plus proche ou non de son lieu d'habitation.

En vertu de l'article 4 du décret du 20 avril 2001, l'IEM est versée par l'établissement employeur d'accueil au plus tard dans le mois suivant l'installation de l'agent dans sa nouvelle résidence administrative ou dans sa nouvelle résidence familiale, ou dans le mois suivant l'achèvement de l'opération de modernisation lorsque ladite opération ne conduit pas l'agent concerné à un changement de résidence.

¹ La notion d'enfant à charge au sens de la législation sur les prestations familiales s'entend au titre de l'article L. 513-1 du code de la sécurité sociale : « *les prestations familiales sont, sous réserve des règles particulières à chaque prestation, dues à la personne physique qui assume la charge effective et permanente de l'enfant.* » La notion d'enfant à charge, au sens des prestations familiales, vise une situation de fait et non un lien de droit (exemple : filiation). Un lien juridique de filiation, de parenté ou d'alliance n'est pas nécessaire. L'enfant à charge peut être : né de parents mariés ou non mariés, adopté ou confié en vue d'adoption, recueilli. Un lien juridique avec l'enfant ou une affiliation fiscale ne sont pas suffisants non plus. **Il faut assurer la charge effective et permanente de l'enfant : la notion de charge consiste à assurer non seulement le logement, la nourriture, l'habillement mais aussi la responsabilité éducative et affective de cet enfant.**

1.2.2. Remboursement des frais de changement de résidence.

1.2.2.1. Champ d'application.

L'agent dont l'emploi est supprimé à la suite d'une opération de modernisation et qui accepte un poste dans un autre établissement peut bénéficier de l'IEM. De plus, si sa nouvelle affectation nécessite un changement de résidence familiale, il peut également prétendre au bénéfice de l'indemnité de déménagement.

Le remboursement des frais de changement de résidence est régi par le décret n° 92-566 du 25 juin 1992 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des fonctionnaires et agents relevant de la fonction publique hospitalière sur le territoire métropolitain de la France. Pour les établissements de santé privés, le montant des frais de changement de résidence est calculé dans les mêmes conditions que celles prévues par le décret du 25 juin 1992.

Les agents amenés à suivre leur poste dans le cadre d'une mise à disposition ou d'un détachement à l'occasion de la création d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) de moyens, peuvent également percevoir l'IEM et les frais de changement de résidence, versés par le GCS, si ce groupement remplit les conditions d'éligibilité du FIR.

1.2.2.2. Le montant et le remboursement des frais de changement de résidence.

Le paiement de cette indemnité est effectué sur demande présentée par le bénéficiaire dans un délai de douze mois à compter de la date de son changement de résidence administrative.

Le transfert de la résidence familiale ne doit pas être réalisé plus de neuf mois avant le changement de résidence administrative. Il doit être effectué dans des conditions permettant un rapprochement de la résidence familiale de la nouvelle résidence administrative.

Le paiement de l'indemnité forfaitaire lorsque l'agent ne dispose pas d'un logement meublé peut être effectué au plus tôt trois mois avant le changement de résidence administrative.

Dans tous les cas, l'indemnité forfaitaire n'est définitivement acquise que si l'agent justifie, dans le délai d'un an à compter de la date de son changement de résidence administrative, que tous les membres de la famille pris en compte pour le calcul de l'indemnité l'ont effectivement rejoint dans sa nouvelle résidence familiale.

Si, dans ce délai, l'agent n'a pas transféré sa résidence familiale ou si des membres de sa famille ne l'y ont pas rejoint, l'indemnité servie doit être reversée, selon le cas, en totalité ou partiellement, à l'établissement d'accueil, qui l'a versée.

Pour le cas des agents ayant changé d'entités juridiques, ces remboursements, qui concernent aussi bien les frais de changement de résidence que les frais de transports qui y sont rattachés, interviennent selon les modalités prévues par le décret n° 92-566 du 25 juin 1992.

Les différents taux applicables sont ceux en vigueur pour les fonctionnaires de l'Etat tels qu'ils sont actuellement prévus par l'arrêté du 26 novembre 2001 fixant les taux des indemnités forfaitaires de changement de résidence prévus aux articles 25 et 26 du décret n° 90-437 du 28 mai 1990 modifié.

Pièces justificatives nécessaires à l'octroi de financements au titre de la mobilité.

1°) Demande de l'établissement :

La demande de l'établissement comprend :

- le contexte de l'opération :
identification de l'établissement (raison sociale, nom du président du conseil de surveillance (EPS) ou du président du conseil d'administration (établissements privés)), coordonnées (directeur de l'établissement, n° FINESS, n° SIRET, n° RIB ou RIP)), la description de l'établissement (effectif total du personnel et nombre d'ETP (classé par catégories et filières), nombre de lits et places), la description de l'opération (description générale, objectifs poursuivis, conséquences attendues en termes d'organisation, échéancier (durée, phases et années concernées, les modalités de suivi de l'opération...)) ;
- les effectifs concernés ;
- le coût prévisionnel du plan proposé ;
- le montant de l'aide financière demandée argumenté.

2°) Engagement de la dépense par l'ARS = décision attributive de financement (complété d'un avenant au CPOM) :

L'ARS étudie la demande de l'établissement et peut demander toute pièce ou information complémentaire de manière à orienter sa décision. Elle veille notamment à ce que le chiffrage du projet de l'établissement soit suffisamment détaillé.

L'ARS indique dans sa décision attributive de financement, de façon limitative :

- le ou les services concernés par l'opération
- par catégorie professionnelle, le nombre d'agents concernés par l'opération,
- le nombre d'agents éligibles par grade,
- le montant accordé et les déductions à effectuer (voir l'instruction du 16 décembre 2013 précitée).

3°) Liquidation et contrôle du service fait au sein de l'établissement (liste non exhaustive) :

- contrat de mobilité

4°) Liquidation, contrôle du service fait par l'ARS - Ordre de paiement transmis par l'ARS à l'organisme d'assurance maladie compétent :

Envoi à l'ARS par l'établissement :

- attestation de service fait établie par le directeur de l'établissement ;
- certificat du comptable que la dépense a été liquidée.

L'ARS peut demander toute pièce justificative qu'elle juge utile pour ordonner le paiement.

Fiche 1.3

Le financement des actions de conversion professionnelle.

Base juridique : Décret n° 2008-824 du 21 août 2008, circulaire du 22 juin 2009, article L. 6313-1 du code du travail, 1° de l'article 1 de l'arrêté du 27 février 2012.

Lorsque l'opération de modernisation entraîne un changement d'activités au niveau de la structure concernée (unité, pôle, établissement), les qualifications détenues par certains personnels peuvent ne plus être adaptées. A cette occasion, les intéressés pourront exprimer l'intention d'accomplir une conversion professionnelle liée à une formation.

L'opportunité d'organiser ce type de formation qualifiante, qui constitue un engagement fort pour l'agent comme pour l'employeur, devra être expertisée au niveau de l'établissement. Elle sera mise en œuvre au vu de la motivation exprimée par l'agent et de l'évaluation de ses aptitudes à suivre, dans la durée, une telle action ainsi que des besoins prévisionnels et possibilités d'emploi de la filière ou du secteur professionnels envisagés.

Dans l'hypothèse où un agent, en cours de formation dans le cadre d'une conversion professionnelle, se voit rattaché à une autre structure en raison d'une opération de réorganisation hospitalière (passage du secteur public au secteur privé ou l'inverse), l'établissement d'accueil peut demander à l'ARS une prise en charge au titre du FIR des coûts afférents à cette formation qualifiante, sous réserve qu'une demande soit présentée en ce sens.

1.3.1. Les actions de conversions professionnelles

1.3.1.1. Les bénéficiaires.

Peuvent bénéficier d'actions de conversions professionnelles les agents, du secteur public comme privé, concernés par une opération de modernisation telle que définie par l'article 2 du décret n°2001-353 du 20 avril 2001, qui souhaitent s'engager dans une formation leur permettant d'exercer un autre métier ou un changement de filière professionnelle dans le sens prévu par le répertoire des métiers de la FPH (changement de famille, de sous-famille ou de métier) et d'augmenter leurs chances de trouver un nouvel emploi.

Pour les établissements publics, les agents titulaires et non titulaires sont concernés. Toutefois, pour les établissements publics et privés, les contractuels recrutés pour effectuer un remplacement, faire face temporairement à la vacance d'un emploi ou pour exercer des fonctions occasionnelles, sont exclus de ce type de mesure.

Il paraît souhaitable que pour bénéficier d'une telle action de conversion, les agents justifient d'une durée de services suffisante et aient fait preuve de motivation et de sérieux auprès de leur établissement lors du dépôt de leur candidature².

Les actions de conversion engagées à l'occasion d'une opération de modernisation et éligibles au FIR ne sont pas assorties d'engagement de servir dans la fonction publique hospitalière (notamment du fait que la conversion peut concerner un métier exclus du champ sanitaire).

L'agent sera tenu de suivre l'ensemble de la formation de conversion. Il demeure ce faisant, en position d'activité. Les modalités s'agissant des impacts financiers liés à l'éventuelle cessation de la formation ou au constat d'absence sans motif valable, pourront être précisées par voie de convention entre l'employeur et l'organisme de formation.

² Il n'y a donc pas de durée minimale de service effectifs pour les actions conversion, sauf dans le cadre du congé de formation professionnelle où le minimum de durée de services effectifs est de 3 ans. En dehors du congé de formation professionnelle, la durée minimale est à apprécier par l'établissement.

L'agent en formation de conversion continue à percevoir son traitement, son indemnité de résidence et son supplément familial de traitement. Quant aux indemnités accessoires, il convient de lui appliquer les dispositions du décret n°2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière.

Dans le cas où l'établissement employeur serait purement et simplement supprimé sans qu'il y ait fusion avec un autre établissement, il convient que le directeur de l'agence régionale de santé désigne une structure relais qui peut être l'établissement le plus proche de la résidence administrative de l'agent.

1.3.1.2. Durée et type de formations.

Les actions de formation sont des actions permettant d'accéder à un nouveau métier telles que définies par le 5° de l'article 1er du décret du 21 août 2008 pour les établissements publics de santé et au 5° de l'article L. 6313-1 du code du travail pour les établissements de santé privés. Les actions de conversions doivent être autant que possible qualifiantes. Elles peuvent déboucher ou non sur des métiers hospitaliers.

Les études débouchant sur les diplômes ou certificats du secteur sanitaire et social acquis en fin d'études promotionnelles listées par l'arrêté du 23 novembre 2009³, peuvent exceptionnellement être éligibles au FIR dans le cas uniquement où l'employeur ne peut accorder leur financement par l'enveloppe études promotionnelles obligatoirement versée auprès de l'ANFH)⁴.

Si les études promotionnelles peuvent être exceptionnellement financées par le FIR, il n'en va pas de même pour les actions de préparation au concours dont les frais (frais d'inscription et coûts pédagogiques) restent à la charge de l'employeur public hospitalier.

1.3.2. Les coûts pris en charge par le FIR.

Le 1° de l'article 1^{er} de l'arrêté du 27 février 2012 prévoit que le FIR peut financer aux établissements de santé publics et privés le coût de ces actions pour une durée maximale de 3 ans.

Le coût de ces actions de formation comprend conformément à l'article 10 du décret du 21 août 2008 pour les établissements publics, le coût pédagogique, les traitements et charges des agents en formation, l'indemnisation de leur déplacement et celle de leur hébergement. Les frais financés sont identiques pour les établissements privés.

³ Arrêté du 23 novembre 2009 fixant la liste des diplômes et certificats du secteur sanitaire et social acquis en fin d'études promotionnelles par les agents des établissements énumérés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, modifié par l'arrêté du 7 juin 2011.

⁴ Au sens de l'article 16 de l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé et du décret n°2007-526 du 5 avril 2007 fixant le taux de la contribution au financement des études relevant de la promotion promotionnelle des personnels de la fonction publique hospitalière.

Pièces justificatives nécessaires à l'octroi de financements au titre de la conversion professionnelle.

1°) Demande de l'établissement :

La demande de l'établissement comprend :

- le contexte de l'opération :

identification de l'établissement (raison sociale, nom du président du conseil de surveillance (EPS) ou du président du conseil d'administration (établissements privés), coordonnées (directeur de l'établissement, n° FINESS, n° SIRET, n° RIB ou RIP)), la description de l'établissement (effectif total du personnel et nombre d'ETP (classé par catégories et filières), nombre de lits et places), la description de l'opération (description générale, objectifs poursuivis, conséquences attendues en termes d'organisation, échéancier (durée, phases et années concernées, les modalités de suivi de l'opération...)) ;

- les effectifs concernés ;
- le coût prévisionnel du plan proposé ;
- le montant de l'aide financière demandée argumenté.

2°) Engagement de la dépense par l'ARS = décision attributive de financement (complété d'un avenant au CPOM) :

L'ARS étudie la demande de l'établissement et peut demander toute pièce ou information complémentaire de manière à orienter sa décision. Elle veille notamment à ce que le chiffrage du projet de l'établissement soit suffisamment détaillé.

L'ARS indique dans sa décision attributive de financement, de façon limitative :

- le ou les services concernés par l'opération
- par catégorie professionnelle, le nombre d'agents concernés par l'opération,
- le nombre d'agents éligibles par grade,
- le montant accordé.

3°) Liquidation et contrôle du service fait au sein de l'établissement (liste non exhaustive) :

- attestation de non prise en charge par le FMEP pour les établissements publics
- plan de formation
- attestation de présence de l'agent à la formation
- factures, convention signée entre l'employeur et l'organisme de formation, etc.

4°) Liquidation, contrôle du service fait par l'ARS - Ordre de paiement transmis par l'ARS à l'organisme d'assurance maladie compétent :

Envoi à l'ARS par l'établissement :

- attestation de service fait établie par le directeur de l'établissement ;
- certificat du comptable que la dépense a été liquidée.

L'ARS peut demander toute pièce justificative qu'elle juge utile pour ordonner le paiement.

Fiche 1.4

L'indemnité de départ volontaire

Base juridique : Décret n°98-1220 du 29 décembre 1998 modifié, arrêté du 29 décembre 1998 modifié, 3° de l'article 1 de l'arrêté du 27 février 2012.

Si à l'occasion d'une opération de modernisation affectant leur service ou leur établissement, entraînant en principe la suppression de leur emploi, certains agents expriment le souhait de cesser d'exercer une activité professionnelle au sein de l'établissement, pour réaliser un projet personnel ou non. Ces agents peuvent demander à cette occasion à percevoir l'indemnité de départ volontaire instituée par le décret du 29 décembre 1998.

1.4.1. Champ d'application.

Peuvent bénéficier de l'IDV, les fonctionnaires et personnels stagiaires des établissements énumérés aux 1°, 2°, 3° et 7° ainsi que les structures de coopération publique mentionnées à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986. Les agents contractuels en contrat à durée indéterminée exerçant dans un établissement de santé public (décret n° 91-155 du 6 février 1991, modifié par le décret n°2010-19 du 6 janvier 2010), ainsi que, dans les mêmes conditions, les agents contractuels exerçant dans un établissement de santé privé, peuvent également prétendre à l'IDV.

1.4.2. Conditions d'octroi de l'IDV.

• L'agent qui sollicite l'IDV doit remplir certaines conditions :

- L'agent doit être en fonction c'est-à-dire en position d'activité.

Ne sont pas considérés comme étant en fonctions les agents :

- en disponibilité
- en congé parental
- en congé non rémunéré (contractuels, stagiaires)
- en congé de fin d'activité.

Les agents en congés pour raisons de santé (congé maladie « ordinaire », congé longue maladie et congé longue durée), imputables aux fonctions ou non, sont en position d'activité et peuvent bénéficier de l'IDV.

- Ne pas être susceptible de bénéficier, dans les deux ans suivant la date de son départ, ni d'une retraite à taux plein ni d'une retraite du fait de la limite d'âge⁵.

Le calcul des droits à la retraite s'effectue en calculant les droits à la retraite tous régimes confondus (carrières publiques et privées).

Pour pouvoir bénéficier de l'IDV, les fonctionnaires et agents contractuels en CDI ne doivent pas être recrutés dans un autre emploi d'agent public en tant qu'agent titulaire ou non titulaire dans les cinq années qui suivent leur démission. Dans le cas contraire, ils seront tenus de rembourser le montant de l'indemnité perçue. En pratique, les établissements feront remplir aux intéressés un engagement sur l'honneur et les informeront que le non-respect de cet engagement est passible de sanctions pénales.

• Le versement de l'IDV est en outre lié au respect de deux critères : le volontariat de l'agent et l'acceptation de sa démission par le chef d'établissement.

⁵ Il est donc possible pour un agent de bénéficier d'une IDV puis de partir à la retraite dès le lendemain de la démission, à condition que la retraite prise dans ce cas ne soit ni une retraite à taux plein, ni une retraite du fait de la limite d'âge : ce peut être le cas lors d'une retraite avec décote par exemple.

L'agent concerné par une opération de modernisation qui souhaite le versement de l'IDV doit présenter une demande de démission⁶. L'indemnité de départ volontaire, qui ne constitue pas un droit, est liée à l'acceptation de la demande de démission présentée au préalable au chef d'établissement. Conformément à l'article 87 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986, la décision de l'autorité compétente, qu'il s'agisse de l'acceptation ou du refus de la démission, doit intervenir dans un délai d'un mois à compter de la demande. En cas de refus, les intéressés peuvent saisir la commission administrative paritaire compétente (pour la FPH).

Les agents bénéficient de l'IDV sous réserve de remplir certaines conditions dont l'acceptation de leur démission par l'autorité investie du pouvoir de nomination.

Avant d'accepter la démission, le chef d'établissement doit apprécier la demande, au regard des besoins en termes de qualification au sein de la structure réorganisée et après un entretien avec l'agent sur ses motivations. Le fait pour un agent d'avoir élaboré un projet personnel déterminé peut constituer un avantage par rapport aux autres demandeurs, mais ne conditionne pas le bénéfice de l'IDV. Le chef d'établissement doit également s'assurer que l'intéressé remplit toutes les conditions exigées pour bénéficier de l'indemnité. En effet, l'acceptation d'une démission rend celle-ci définitive.

Le recours à l'IDV ne doit pas permettre la substitution de l'agent parti par un autre agent recruté sur le même poste, ce dernier ayant vocation à être définitivement supprimé. Les établissements devront donc rigoureusement veiller à ce que chaque départ donnant lieu au versement d'une IDV corresponde à la suppression réelle et définitive du poste.

Il appartient à l'ARS de veiller au respect de ce principe et à le rappeler à tout établissement engagé dans une démarche de modernisation. Toutefois, l'ARS peut décider d'accorder à titre très exceptionnel à un établissement la possibilité d'effectuer une « suppression indirecte » de poste. Il conviendra alors :

- Qu'elle vérifie si le poste in fine supprimé entre bien dans le périmètre de l'opération de modernisation ; dans ce cas, le nombre total de postes supprimés in fine doit être identique à celui des IDV versées ;
- Qu'elle soit en mesure d'assurer le suivi et la réalité de ces suppressions de postes (à prévoir en amont dans la décision de financement).

1.4.3. Le montant de l'IDV.

Fixé par l'arrêté du 29 décembre 1998, il varie en fonction :

- de la durée des services effectifs accomplis en qualité de fonctionnaire, de stagiaire ou de contractuel (de droit public à durée indéterminée) ou accompli en tant que personnel salarié en contrat à durée indéterminée dans un établissement privé. Sont donc exclues toutes les périodes de disponibilité ou de congés non rémunérés (comme le congé parental).
- du montant des émoluments perçus à la veille de la démission :
 - pour les fonctionnaires : traitement brut indiciaire afférent à l'emploi, grade, classe, échelon ou chevron détenu la veille de la démission pour les fonctionnaires et agents stagiaires;
 - pour les contractuels : salaire brut soumis à cotisations sociales obligatoires.

Les années de services effectifs sont calculées de la même manière pour les agents ayant travaillé en temps partiel ou à temps plein : l'année compte pour un, indépendamment de la quotité d'heures travaillées durant celle-ci. Si un agent à temps plein et un agent à temps partiel ont travaillé le même nombre d'années et ont donc le même nombre d'années de services effectifs, l'IDV sera cependant plus faible pour l'agent à temps partiel car basé sur le traitement perçu à la veille de la démission⁷.

⁶ Une rupture de contrat par le biais d'une clause de rupture conventionnelle ne peut donc pas permettre de prétendre à l'IDV.

⁷ Pour un agent ayant travaillé 3 ans à temps plein et 8 ans à temps partiel et dont l'activité à temps partiel continue de perdurer, on compte donc 11 ans de services effectifs : l'agent percevra 12 mois de traitement indiciaire (le traitement perçu à la veille de la démission est donc ici un traitement plus faible que celui d'un temps plein puisque l'agent est à temps partiel).

Par ailleurs, un agent qui percevrait un demi-traitement dans le cadre d'un congé pour raisons de santé, doit percevoir le même montant d'IDV qu'un agent qui serait à plein traitement dans la même situation.

Les années de services effectifs sont les années où l'agent était en position d'activité pour les fonctionnaires ou en fonctions pour les salariés. Les années sont prises en compte que l'agent ait travaillé dans d'autres établissements ou non : toutes ses années de services effectifs dans un établissement de santé, public ou privé, sont prises en compte dans le calcul.

Pour les contractuels en CDI, les années de calcul sont les années en fonctions avant le passage en CDI : les années en CDD précédant le CDI sont prises en compte. Ainsi, un agent en CDD pendant 8 ans (discontinus) et qui serait actuellement toujours en CDD ne pourra pas bénéficier de l'IDV ; mais un agent en CDD pendant 8 ans et qui serait dorénavant en CDI pourrait bénéficier de l'IDV : le calcul des années de service effectif prendrait alors en compte les 8 années passées en CDD avant le passage de cet agent en CDI⁸.

L'arrêté du 29 décembre 1998 prévoit quatre niveaux dans les montants bruts versés au titre de l'IDV :

- plus de cinq ans et moins de 15 ans de services effectifs —> le montant de l'indemnité sera égal à 12 mois de traitement indiciaire ou de salaire brut ;
- de 15 ans à moins de 20 ans de services effectifs —> le montant de l'indemnité sera égal à 16 mois de traitement indiciaire ou de salaire brut ;
- de 20 ans à moins de 25 ans de services effectifs —> le montant de l'indemnité sera égal à 20 mois de traitement indiciaire ou de salaire brut ;
- 25 ans de services effectifs ou plus —> le montant de l'indemnité sera égal à 26 mois de traitement indiciaire ou de salaire brut.

Toutefois, le montant de l'indemnité ne peut excéder le plafond prévu par le décret en vigueur, soit 45 734,71 euros bruts.

L'IDV versée dans le cadre du FIR n'est pas soumise à l'impôt sur le revenu et n'a, en conséquence, pas à être déclarée à l'administration fiscale.

Les modalités de soumission de l'indemnité de départ volontaire à certains prélèvements fiscaux et sociaux sont précisées dans l'instruction n° DGOS/RH3/DSS/2013/411 du 16 décembre 2013 relative à l'assujettissement aux prélèvements fiscaux et sociaux des indemnités de départ volontaires et des aides à la mobilité financées dans le cadre du Fonds d'intervention régional.

A noter :

En principe, il n'est pas possible de bénéficier de l'allocation d'assurance chômage suite à une démission.

Le versement de l'allocation chômage demeure cependant possible dans certaines situations :

- Lorsque la démission est considérée comme légitime (exemple : démission pour suivre son conjoint) ;
- Lorsque l'agent a démissionné, touché l'IDV, puis a retravaillé au moins 91 jours ou 455 heures dans le privé, puis a été involontairement privé d'emploi (donc au chômage) ; on dit alors que la démission est neutralisée ; c'est alors à l'employeur qui a employé l'intéressé pendant la durée la plus longue que revient la charge de l'indemnisation du chômage ;
- Lorsque l'agent qui a démissionné, touché l'IDV, est au chômage pour une durée persistante malgré ses efforts de recherche d'emploi ; il peut, après 121 jours (après sa démission), demander un examen de ses efforts de reclassement en vue de bénéficier des ARE dès le 122ème jour (l'octroi des ARE n'est alors pas de droit).

⁸ Les agents en CDI concernés par l'IDV sont ceux dont le CDI a été accordé d'emblée ou qui résulte d'une transformation de CDD. Dans ce dernier cas, il appartient à l'agent, le cas échéant, de demander la requalification de son contrat devant le tribunal administratif. L'agent pourra demander le bénéfice de l'IDV une fois cette requalification effectuée.

Pièces justificatives nécessaires à l'octroi de financements au titre de l'IDV.

1°) Demande de l'établissement :

La demande de l'établissement comprend :

- le contexte de l'opération :

identification de l'établissement (raison sociale, nom du président du conseil de surveillance (EPS) ou du président du conseil d'administration (établissements privés), coordonnées (directeur de l'établissement, n° FINESS, n° SIRET, n° RIB ou RIP)), la description de l'établissement (effectif total du personnel et nombre d'ETP (classé par catégories et filières), nombre de lits et places), la description de l'opération (description générale, objectifs poursuivis, conséquences attendues en termes d'organisation, échéancier (durée, phases et années concernées, les modalités de suivi de l'opération...)) ;

- les effectifs concernés ;
- le coût prévisionnel du plan proposé ;
- le montant de l'aide financière demandée, argumenté (nombre d'IDV prévu, coût moyen d'un agent...).

2°) Engagement de la dépense par l'ARS = décision attributive de financement (complété d'un avenant au CPOM) :

L'ARS étudie la demande de l'établissement et peut demander toute pièce ou information complémentaire de manière à orienter sa décision. Elle veille notamment à ce que le chiffrage du projet de l'établissement soit suffisamment détaillé.

L'ARS indique dans sa décision attributive de financement, de façon limitative :

- le ou les services concernés par l'opération,
- par catégorie professionnelle, le nombre d'agents concernés par l'opération,
- le nombre d'agents éligibles par grade,
- le montant accordé, les déductions à effectuer et la part employeur prélevée sur l'enveloppe FIR (voir l'instruction du 16 décembre 2013 précitée).

L'ARS s'assure que le nombre d'IDV demandé corresponde au nombre de postes définitivement supprimés dans le cadre de l'opération de modernisation.

3°) Liquidation et contrôle du service fait au sein de l'établissement (liste non exhaustive) :

- démission de l'agent/salarié et engagement sur l'honneur de non recrutement dans le secteur public dans un délai de 5 ans
- pour les établissements privés, attestation que l'établissement n'a pas bénéficié d'un financement d'une autre source (exemple dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi) pour ces mêmes agents
- bulletins de salaires de l'agent
- vérification que le nombre d'IDV à verser corresponde bien au nombre de postes réellement supprimés dans le cadre de l'opération de modernisation.

4°) Liquidation, contrôle du service fait par l'ARS - Ordre de paiement transmis par l'ARS à l'organisme d'assurance maladie compétent :

➤ Pour les établissements publics :

L'ARS envoie à l'organisme d'assurance maladie compétent un ordre de paiement après avoir reçu de l'établissement une attestation que ce dernier :

- a accepté la ou les démissions du ou des agents concernés ;
- a réceptionné l'engagement sur l'honneur écrit du ou des agents concernés de ne pas retravailler dans le secteur public dans les cinq prochaines années ;
- a vérifié que le ou les agents ne sont pas à moins de deux années de leur retraite par limite d'âge ou à taux plein ;
- a vérifié que le montant de l'IDV à laquelle il(s) a/ont droit compte tenu de son/leur ancienneté a été calculé conformément aux conditions règlementaires ;
- a vérifié que le montant total des IDV à verser ne dépasse pas le montant autorisé par l'ARS et que le nombre d'IDV correspond bien au nombre de postes définitivement supprimés dans le cadre de l'opération de modernisation.

L'ARS peut demander toute pièce justificative supplémentaire qu'elle juge utile pour ordonner le paiement.

➤ Pour les établissements privés :

L'ARS envoie à l'organisme d'assurance maladie compétent un ordre de paiement après avoir reçu de l'établissement une attestation que ce dernier :

- a accepté la ou les démissions du ou des salariés concernés ;
- a vérifié que le ou les salariés ne sont pas à moins de deux années de leur retraite par limite d'âge ou à taux plein ;
- a vérifié que le montant de l'IDV à laquelle il(s) a/ont droit compte tenu de son/leur ancienneté a été calculé conformément aux conditions règlementaires ;
- a vérifié que le montant total des IDV à verser ne dépasse pas le montant autorisé par l'ARS et que le nombre d'IDV correspond bien au nombre de postes définitivement supprimés dans le cadre de l'opération de modernisation.
- atteste que les IDV ne se substituent pas aux financements ayant le même objet prévus par les dispositions du titre deuxième du livre premier de la cinquième partie du code du travail ou par des accords ou conventions collectives.

L'ARS peut demander toute pièce justificative supplémentaire qu'elle juge utile pour ordonner le paiement.

L'IDV est versée par l'organisme d'assurance maladie compétent sur ordre de paiement de l'ARS, directement aux établissements de santé, qu'ils soient privés ou publics, à charge pour l'établissement de verser à l'agent les montants correspondants à l'IDV, déduction faite des prélèvements sociaux⁹.

⁹ Les modalités de versement de l'IDV et des aides à la mobilité sont précisées dans l'instruction n° DGOS/RH3/DSS/2013/411 du 16 décembre 2013 relative à l'assujettissement aux prélèvements fiscaux et sociaux des indemnités de départ volontaires et des aides à la mobilité financées dans le cadre du Fonds d'intervention régional.

Fiche 1.5

Le remboursement du différentiel de rémunération (RDR)

Base juridique : 4° de l'article 1 de l'arrêté du 27 février 2012.

Les établissements accueillants des agents concernés par une opération de modernisation sociale, peuvent avoir à supporter un surcoût. Aussi, afin d'éviter de pénaliser ces établissements, l'ARS peut décider de financer, dans la limite des crédits dont elle dispose au titre du FIR le différentiel de rémunération.

L'établissement d'accueil peut ainsi percevoir pendant deux ans le remboursement (en entier ou pour partie) de la différence entre la rémunération annuelle de l'agent recruté et celle qui aurait été versée à un agent recruté au premier échelon du premier grade du même corps, par voie du concours pour le secteur public ou par recrutement direct dans le cadre d'un établissement public ou privé.

Le différentiel est perçu par l'établissement d'accueil, en totalité pendant toute la première année. Il est réduit de moitié pour la deuxième année. Dans les deux cas, l'année est décomptée à partir de la date de recrutement de l'agent par l'établissement d'accueil.

Les personnels concernés sont les agents publics titulaires et non titulaires et les agents salariés. Pour les contractuels de droit public et de droit privé, sont concernés à la fois les agents en CDD et en CDI.

Les conditions de prise en charge du remboursement du différentiel de rémunération sont les suivantes :

1.5.1. Pour les fonctionnaires hospitaliers :

L'indemnité différentielle de rémunération est susceptible de bénéficier à l'ensemble des établissements mentionnés aux 1 et 7 du premier alinéa de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 qui recruteront des fonctionnaires originaires d'établissements restructurés.

Les fonctionnaires recrutés dans ce cadre par un autre établissement demeurent classés dans le grade et l'échelon qu'ils avaient dans leur établissement d'origine. De ce fait, la dépense financière résultant de la rémunération perçue par ces agents, dont l'ancienneté peut être grande, est plus importante que celle qui aurait résulté du recrutement d'un fonctionnaire exerçant un emploi équivalent mais nommé, en règle générale, au premier échelon du premier grade.

Afin d'encourager le recrutement de ces agents, l'arrêté du 27 février 2012 institue la possibilité d'une prise en charge de la différence constatée entre la rémunération annuelle et les charges y afférentes du fonctionnaire recruté par la procédure de changement d'établissement et la rémunération et les charges y afférentes d'un fonctionnaire qui aurait été recruté au premier échelon du premier grade du même corps, par voie de concours ou par voie contractuelle.

La rémunération comprend le traitement brut indiciaire à temps plein correspondant à l'indice majoré de l'agent, le cas échéant l'indemnité de résidence et le supplément familial de traitement ainsi que les indemnités instituées par un texte législatif ou réglementaire, auxquels s'ajoutent toutes les charges afférentes à cette rémunération.

1.5.2. Pour les salariés exerçant en établissement privé :

L'indemnité différentielle de rémunération est également susceptible de bénéficier à l'ensemble des établissements privés qui recruteront des salariés originaires d'établissements restructurés.

Il est donc possible de rembourser aux établissements d'accueil visés aux b, c, d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale la différence constatée entre la rémunération annuelle et les charges y afférentes d'un salarié qui aurait été recruté sur le même emploi au premier niveau de la grille de rémunération du personnel correspondante, prévue par voie conventionnelle.

Pièces justificatives nécessaires à l'octroi de financements au titre du RDR.

1°) Demande de l'établissement :

La demande de l'établissement comprend :

- le contexte de l'opération :
identification de l'établissement (raison sociale, nom du président du conseil de surveillance (EPS) ou du président du conseil d'administration (établissements privés), coordonnées (directeur de l'établissement, n° FINESS, n° SIRET, n° RIB ou RIP)), la description de l'établissement (effectif total du personnel et nombre d'ETP (classé par catégories et filières), nombre de lits et places), la description de l'opération (description générale, objectifs poursuivis, conséquences attendues en termes d'organisation, échéancier (durée, phases et années concernées, les modalités de suivi de l'opération...)) ;
- les effectifs concernés ;
- le coût prévisionnel du plan proposé ;
- le montant de l'aide financière demandée, argumenté (tableau de tableau de chiffrage du coût du RDR (à cet effet, l'établissement d'origine peut se rapprocher de l'établissement d'accueil)).

2°) Engagement de la dépense par l'ARS = décision attributive de financement (complété d'un avenant au CPOM) :

L'ARS étudie la demande de l'établissement et peut demander toute pièce ou information complémentaire de manière à orienter sa décision. Elle veille notamment à ce que le chiffrage du projet de l'établissement soit suffisamment détaillé.

L'ARS indique dans sa décision attributive de financement, de façon limitative :

- le ou les services concernés par l'opération
- par catégorie professionnelle, le nombre d'agents concernés par l'opération,
- le nombre d'agents éligibles par grade,
- le montant accordé.

3°) Liquidation et contrôle du service fait au sein de l'établissement (liste non exhaustive) :

- bulletins de salaires de l'agent
- la décision de mutation de l'agent dans l'établissement d'accueil

4°) Liquidation, contrôle du service fait par l'ARS - Ordre de paiement transmis par l'ARS à l'organisme d'assurance maladie compétent :

Envoi à l'ARS par l'établissement :

- attestation de service fait établie par le directeur de l'établissement ;
- certificat du comptable que la dépense a été liquidée.

L'ARS peut demander toute pièce justificative qu'elle juge utile pour ordonner le paiement.

Annexe 2

Les Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT)

Base juridique : 1° de l'article R. 1435-19 du Code de la Santé Publique.

L'amélioration des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail représente un enjeu essentiel de la politique des ressources humaines et du dialogue social. À cet égard, les CLACT constituent un levier important pour contribuer à cette amélioration et jouent un rôle moteur pour accompagner les établissements de santé dans le développement d'une culture de prévention.

Contrairement aux aides individuelles, les CLACT ne doivent pas forcément s'insérer dans une opération de modernisation pour être financés.

Les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail peuvent porter sur une période pluriannuelle, en cohérence avec le projet d'établissement ou le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

L'attention des ARS et des établissements est appelée sur le fait que les projets doivent faire l'objet d'un cofinancement établissements-ARS.

2.1. Contenu et élaboration des CLACT.

2.1.1. Axes et actions prioritaires.

Il appartient à chaque établissement de choisir en fonction des orientations nationales ses priorités d'action¹ en fonction du diagnostic réalisé et dans le respect de la procédure prévue par la présente circulaire.

Les projets innovants pouvant associer plusieurs structures et permettre des mutualisations doivent bénéficier d'une attention particulière, afin d'accroître l'impact des actions d'amélioration des conditions de travail en encourageant les actions collectives et en exploitant les possibilités de coopérations locales ou régionales.

2.1.2. Élaboration des CLACT : une démarche négociée.

a) Diagnostic.

L'élaboration des CLACT repose sur une phase préalable de diagnostic approfondi, se traduisant par la rédaction d'un document d'orientation, soumis à débat et avis du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). L'objectif de ce document est de dégager, en fonction du contexte et des spécificités de l'établissement, les axes prioritaires d'actions à engager pour mettre en place une politique active de prévention.

Ce document, établi en lien avec le projet social de l'établissement, le volet social du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et le document unique d'évaluation des risques professionnels (DU), exploitera les données du bilan social, du rapport annuel de la médecine du travail, les données sociales et démographiques, ainsi que les résultats des enquêtes individuelles et/ou collectives ayant pu être discutées au sein des instances.

b) Négociation entre la direction et les représentants des personnels.

Sur la base des travaux conduits au sein de l'établissement et plus particulièrement du document d'orientation évoqué ci-dessus, il appartient à la direction d'engager avec l'ensemble des organisations syndicales représentatives dans l'établissement une négociation en vue de la conclusion d'un contrat.

Ce contrat prévoit les actions d'amélioration des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail, que l'établissement s'engagera à réaliser, en fonction du soutien financier apporté par les

¹ L'établissement peut également proposer des actions qui ne seraient pas incluses dans les orientations nationales.

agences régionales de santé, au titre des crédits du FIR. Il identifiera quelques objectifs cibles à déterminer en fonction de la situation particulière de chaque établissement. Une attention particulière sera portée au choix des indicateurs et à leur fiabilité.

Lorsque la négociation s'achemine vers la conclusion d'un accord, il est recommandé à l'établissement de se rapprocher des services de l'ARS afin de s'assurer des cofinancements mobilisables.

Il appartient au directeur de présenter ce projet d'accord aux instances de son établissement, a minima de la CHSCT, dont l'avis favorable doit être recherché avant d'être communiqué à l'ARS.

c) La production du document unique.

L'obtention du financement du FIR est subordonnée à la production du document unique d'évaluation des risques professionnels (DU) qui constitue une obligation légale à la charge de l'employeur. En effet, le décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs (articles L. 4121-3 et R. 4121-1 et suivants du code du travail) et la circulaire n° DGOS/RH3/2011/491 du 23 décembre 2011 relative au rappel des obligations en matière d'évaluation des risques professionnels dans la fonction publique hospitalière rendent obligatoire la production du document unique par l'employeur.

2.2. Pilotage et évaluation du dispositif.

2.2.1. Au niveau national.

La direction générale de l'offre de soins assure l'animation et la coordination du dispositif. Elle organise la remontée des informations nécessaires au suivi et à l'évaluation de cette politique.

Elle établit le bilan annuel des CLACT réalisé à partir des remontées d'informations de la part des ARS dont elle assure la présentation en commission spécialisée (commission de l'hygiène de la sécurité et des conditions de travail, placée sous la présidence du directeur général de l'offre de soins) du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière, puis sa diffusion aux services des ARS.

Ces statistiques annuelles sont intégrées dans l'évaluation qualitative générale des actions financées par le FIR. L'attention des ARS est attirée sur la nécessité de pouvoir suivre les actions et les dépenses engagées par les établissements.

2.2.2. Au niveau régional.

Il est important de cibler les CLACT sur un nombre de projets limités permettant d'engager un effort massif sur les projets susceptibles d'entraîner une dynamique forte en matière d'amélioration des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail, dans les établissements de votre région.

En vue d'alimenter le dialogue social au niveau régional, il appartient à l'ARS de déterminer avec les représentants des organisations syndicales représentatives réunis au sein d'un comité de suivi régional le mode opératoire le plus approprié pour déterminer les projets qui pourront bénéficier d'un financement du FIR par le biais d'une décision de financement de l'ARS.

Une attention particulière devra être portée aux établissements rencontrant des difficultés (par exemple : nombre élevé d'accidents du travail et/ou de maladies professionnelles, fort taux d'absentéisme, etc.).

Il appartient à chaque agence régionale de santé :

- d'assurer la déclinaison du dispositif au niveau régional et de favoriser la diffusion et l'échange d'expériences ou de bonnes pratiques entre les établissements en matière d'amélioration des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail ;
- d'évaluer le dispositif au sein d'une commission régionale de suivi. Il est en effet primordial que la réalisation de chaque CLACT s'achève par un processus approfondi d'évaluation associant les partenaires sociaux et portant sur les aspects quantitatifs et qualitatifs des actions conduites.

L'évaluation devra permettre d'apprécier l'efficacité des contrats en termes d'amélioration des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail et aux moyens mis en œuvre. Les bénéfices en termes de politique de prévention devront être clairement identifiés.

1°) Demande de l'établissement :

La demande de l'établissement comprend :

- le contexte de l'établissement :
identification de l'établissement (raison sociale, nom du président du conseil de surveillance (EPS) ou du président du conseil d'administration (établissements privés), coordonnées (directeur de l'établissement, n° FINESS, n° SIRET, n° RIB ou RIP)), la description de l'établissement (effectif total du personnel et nombre d'ETP (classé par catégories et filières), nombre de lits et places), taux d'absentéisme, taux de turn over) ;
- en cas d'opération de modernisation, le contexte du projet de modernisation et calendrier prévisionnel ;
- l'avis des instances, a minima avis de la CHSCT (établissements publics et privés) ;
- le document unique d'évaluation des risques professionnels ;
- le projet de contrat négocié par le directeur et les organisations syndicales représentatives. Pour tenir compte d'éventuelles contraintes de calendrier, l'établissement pourra transmettre à l'ARS le projet négocié avant d'avoir recueilli l'ensemble des avis requis qui pourront lui être communiqués dans un second temps avant sa prise de décision.
- une fiche détaillée en annexe concernant le CLACT qui précisera son contenu et ses modalités d'actions :
 - Présentation du CLACT : nature des pôles ou de l'établissement concerné, présentation du projet, modalité de réalisation du diagnostic et des principaux résultats, thèmes et actions envisagées, objectifs poursuivis et résultats attendus, calendrier et modalités de mise en œuvre, plan de financement (participation de l'établissement, contribution financière demandée à l'ARS de manière argumentée, modalités de suivi du contrat avec forme support et calendrier) ;
 - Modalités : ajustement des engagements financiers de l'établissement, calendrier prévisionnel des actions et échéancier de versement des crédits ;
 - Evaluation du contrat : contexte, adéquation du contrat avec les orientations nationales et régionales, cohérence du contrat avec le projet social du projet d'établissement et le volet social du CPOM, contenu du contrat, pertinence du diagnostic, pertinence des priorités d'actions retenues et des bénéfices attendus, caractère novateur des actions, renseignement des indicateurs de résultats mentionnés au contrat, mise en œuvre des modalités de suivi indiquées dans le contrat.

2°) Engagement de la dépense par l'ARS = décision attributive de financement (complété d'un avenant au CPOM) :

L'ARS étudie la demande de l'établissement et peut demander toute pièce ou information complémentaire de manière à orienter sa décision. Elle veille notamment à ce que le chiffrage du projet de l'établissement soit suffisamment détaillé.

Dans le cadre d'une démarche d'appel à projets l'ARS fixe le calendrier de dépôt et d'instruction des dossiers.

La décision de financement de l'ARS prend en compte trois critères :

- le respect des priorités énoncées ainsi que du processus de négociation énoncé plus haut ;
- la pertinence des actions proposées et leur cohérence par rapport au projet social de l'établissement et au document unique d'évaluation des risques professionnels qui constitue une obligation légale ;
- l'ajustement réciproque des engagements financiers de l'établissement (au regard de ses moyens) et de l'agence régionale (au regard des autres projets déposés et des crédits dont elle dispose au titre du FIR).

La décision de financement est détaillée par type de thèmes et d'action et précise le calendrier prévisionnel de réalisation des actions et l'échéancier de versement des crédits.

3°) Liquidation et contrôle du service fait au sein de l'établissement (liste non exhaustive) :

- Factures (achat de matériel, dépenses de formations)

4°) Liquidation, contrôle du service fait par l'ARS - Ordre de paiement transmis par l'ARS à l'organisme d'assurance maladie compétent :

Envoi à l'ARS par l'établissement :

- attestation de service fait établie par le directeur de l'établissement ;
- certificat du comptable que la dépense a été liquidée.

L'ARS peut demander toute pièce justificative qu'elle juge utile pour ordonner le paiement.

Annexe 3

La Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC) et le pilotage des effectifs et de la masse salariale

Base juridique : 2° de l'article R. 1435-19 du Code de la Santé Publique.

La mise en place de la GPMC doit permettre de faire coïncider les besoins en compétences des établissements et les projets personnels des agents. Elle vise également à piloter les effectifs et les compétences des ressources humaines à moyen et long terme.

Le volet GPMC et pilotage des effectifs et de la masse salariale doit permettre d'accompagner les établissements de santé dans le développement d'une culture prospective dans le domaine des ressources humaines.

La prise en compte des besoins des populations et des territoires en matière de santé, telle qu'elle résulte de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, alliée aux enjeux démographiques des personnels exerçant dans les établissements de santé, d'une part, ainsi que l'évolution de l'organisation des services, d'autre part, nécessitent en particulier de mobiliser tous les leviers d'action de la gestion des ressources humaines dont la GPMC est un axe essentiel.

La GPMC est un outil de management qui doit permettre de faire face aux difficultés concrètes ou prévisibles de recrutement, de structurer l'entretien professionnel, de proposer des parcours professionnels individualisés (validation des acquis de l'expérience (VAE), développement professionnel continu (DPC)) et de construire des plans de formation adaptés aux besoins identifiés.

Cette démarche constitue par ailleurs le support indispensable à la conduite des concertations internes avec les représentants des personnels et des échanges entre les établissements et les services de l'ARS.

Dans le contexte d'une opération de modernisation, la qualité de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences est déterminante pour la conduite et la réussite des opérations. Elle permet en effet de définir la durée optimum des opérations de modernisation eu égard aux caractéristiques des personnels concernés (démographie, taux de rotation des effectifs, évolution des qualifications...) ainsi que la nature des mesures à mettre en œuvre. Lorsque l'opération revêt une certaine importance et concerne un nombre significatif d'agents (plus d'une vingtaine), il peut être conseillé de créer une CLASMO spécifique pour accompagner les personnels dans de bonnes conditions.

Les ARS pourront allouer des crédits afin de participer au financement d'actions de GPMC, que l'établissement soit ou non engagé dans une opération de modernisation.

3.1. Les quatre niveaux de mise en œuvre de la GPMC¹ :

- Premier niveau :

Élaboration d'une nomenclature et d'une cartographie des métiers exercés dans l'établissement. Celle-ci s'appuie notamment sur la deuxième version du répertoire des métiers de la FPH établi par la DGOS, disponible sur le site du ministère (www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr).

Elle permet un état des lieux des métiers et de la répartition des effectifs par métier (pyramide des âges) au sein des établissements de santé, données indispensables à intégrer :

- dans le système d'information des ressources humaines (SIRH) de l'établissement ;
- lors de la négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ;

¹ Les 4 niveaux sont une synthèse des guides pratiques GPMC de l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) et de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).

- dans le bilan social annuel de l'établissement (contenu en cours de refonte) qui permettra notamment de cibler les métiers sensibles ou en tension par anticipation de fortes variations en termes d'effectifs ou de difficultés de recrutement.

Elle doit également conduire à une synthèse de ces éléments au niveau régional et constituer un outil de pilotage pour les ARS.

- Deuxième niveau :

Intégrer la démarche métier-compétence dans la pratique quotidienne de gestion des ressources humaines des établissements de santé, notamment en matière de :

- recrutement (élaboration des fiches de poste, identification et analyse des compétences et des besoins) ;
- conduite des entretiens d'évaluation professionnelle et de formation ;
- élaboration des plans de formation (développement des compétences au sein de l'établissement...);
- accompagnement des parcours professionnels qualifiants ou d'orientation (prise en compte des évolutions des métiers, des aspirations de mobilité et des passerelles entre métiers...).

- Troisième niveau :

Anticiper à moyen et long termes les évolutions sur un secteur d'activité, une activité particulière ou des métiers considérés comme sensibles ou identifiant des compétences critiques, notamment dans le cadre d'opérations de coopération ou de regroupement (définition pour l'avenir des besoins au regard des métiers, des compétences et des effectifs).

- Quatrième niveau :

Déterminer la cible RH telle qu'elle découle de l'évolution des missions et de leurs modes d'exercice. Il s'agit de traduire en langage RH les orientations stratégiques de l'établissement. Etablir un diagnostic des écarts et proposer des plans d'action RH pour les corriger.

3.2. Les dépenses de GPMC et de pilotage des effectifs et de la masse salariale éligibles au FIR :

Peuvent solliciter des financements auprès de l'ARS au titre du FIR les établissements de santé (publics et privés), quel que soit leur type d'activité et quelle que soit leur taille pour les projets qui peuvent se situer à un ou plusieurs des quatre niveaux de mise en œuvre de la GPMC, ainsi qu'au pilotage des effectifs et de la masse salariale.

Les dépenses de GPMC sont essentiellement de deux ordres :

- les dépenses de prestations immatérielles : assistance à maîtrise d'ouvrage et maîtrise d'œuvre (temps de consultant) pour aider à la mise en œuvre du projet ;
- l'acquisition de logiciels de ressources humaines intégrant la gestion des métiers et des compétences, notamment la nomenclature des métiers de l'établissement, la constitution des fiches métiers sur la base du répertoire des métiers de la FPH et l'élaboration des trames préparant à l'entretien d'évaluation et de formation.

Le pilotage des effectifs et de la masse salariale, dans l'optique de renforcer une démarche prospective des ressources humaines peut concerner des dépenses de prestations immatérielles (actions de formation, élaboration de processus, temps de consultant).

En tant que de besoin, et comme cela est d'ores et déjà le cas dans un certain nombre de régions, les établissements pourront faire appel aux délégations régionales de l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) pour réaliser les prestations de service prévues dans l'appel à projet (élaboration du cahier des charges, mise en concurrence, accompagnement de la démarche par des actions de formation à la démarche GPMC). Les ARS peuvent privilégier des actions régionales sous l'impulsion de vos services afin de mutualiser, notamment au regard des contraintes budgétaires, les moyens consacrés au déploiement de la

démarche GPMC. Une action conjointe entre l'ARS et la délégation régionale de l'ANFH pourra être privilégiée afin d'apporter une aide et un soutien aux établissements.

L'accompagnement prend la forme d'une décision attributive de financement du FIR pour tout ou partie du projet intégrant l'un ou plusieurs des quatre niveaux. En tout état de cause, l'écart entre le montant de la dépense engagée et le montant fixé par la décision de financement devra être pris en charge par l'établissement.

Pièces justificatives nécessaires à l'octroi de financements au titre de la GPMC et du pilotage des effectifs et de la masse salariale.

1°) Demande de l'établissement :

La demande de l'établissement comprend :

- le contexte de l'établissement :

identification de l'établissement (raison sociale, nom du président du conseil de surveillance (EPS) ou du président du conseil d'administration (établissements privés), coordonnées (directeur de l'établissement, n° FINESS, n° SIRET, n° RIB ou RIP)), la description de l'établissement (effectif total du personnel et nombre d'ETP (classé par catégories et filières), nombre de lits et places), taux d'absentéisme, taux de turn over) ;

- en cas d'opération de modernisation, le contexte du projet de modernisation et calendrier prévisionnel ;
- le contexte du projet de GPMC (acteurs, etc) ou de pilotage des effectifs et de la masse salariale ;
- un état d'avancement du projet et un calendrier prévisionnel ;
- l'objectif du projet et ses modalités de mise en œuvre (description, consultants, méthode, produits de sortie attendus, etc.) ;
- le montant de l'aide demandée, argumenté.

2°) Engagement de la dépense par l'ARS = décision attributive de financement (complété d'un avenant au CPOM) :

L'ARS étudie la demande de l'établissement et peut demander toute pièce ou information complémentaire de manière à orienter sa décision. Elle veille notamment à ce que le chiffrage du projet de l'établissement soit suffisamment détaillé.

Si le projet est porté par plusieurs établissements (temps de consultant mutualisé par plusieurs établissements par exemple), une seule convention entre ces établissements et l'ARS pourra être signée à condition que les engagements soient clairement précisés. Il peut être également décidé que, au sein du groupe d'établissements, un établissement soit désigné pilote du projet et ainsi demandeur de la décision attributive de financement.

L'avenant au CPOM devra comporter trois parties:

- une partie juridique qui fixe les obligations des parties contractantes et notamment le montant de la décision attributive de financement ainsi que la date limite d'exécution du projet ;
- une annexe technique détaillant l'ensemble des actions qui doivent être exécutées par le contractant dans le cadre de l'opération. L'annexe technique comprend aussi une partie relative au suivi (composition et fréquence du comité de pilotage, objectifs visés) et à l'évaluation du projet ;
- une annexe financière chiffrant de manière détaillée les actions décrites en annexe technique et l'ensemble des ressources.

3°) Liquidation et contrôle du service fait au sein de l'établissement (liste non exhaustive) :

- Factures (achat de logiciel, dépenses de formations)

4°) Liquidation, contrôle du service fait par l'ARS - Ordre de paiement transmis par l'ARS à l'organisme d'assurance maladie compétent :

Envoi à l'ARS par l'établissement :

- attestation de service fait établie par le directeur de l'établissement ;
- certificat du comptable que la dépense a été liquidée.

L'ARS peut demander toute pièce justificative qu'elle juge utile pour ordonner le paiement.