

**Circulaire du 27 avril 2015 relative à la campagne budgétaire 2015 des établissements
et services concourant à la mission de protection judiciaire de la jeunesse**

NOR : JUSF1510700C

La garde des sceaux, ministre de la justice,

à

Pour attribution

Mesdames et messieurs les préfets

Mesdames et messieurs les directeurs interrégionaux de la protection judiciaire de la jeunesse

Pour information

Mesdames et messieurs les premiers présidents de cour d'appel

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

Madame la directrice générale de l'École nationale de protection judiciaire de la jeunesse

Mesdames et messieurs les directeurs territoriaux de la protection judiciaire de la jeunesse

Textes sources :

- Code de l'action sociale et des familles, notamment son article L.314-1 et ses articles R.314-1 à R.314-63, R.314-106 à R.314-110, R.314-115 à R.314-117 et R.314-125 à R.314-127 ;
- Code de procédure pénale, notamment ses articles 800 et R.93 ;
- Ordonnance n°45-1845 du 18 août 1945 relative au remboursement aux institutions privées des frais d'entretien et d'éducation des mineurs délinquants ;
- Ordonnance n°45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante modifiée ;
- Loi n°83-663 du 22 juillet 1983 modifiée complétant la loi n°83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État, notamment son article 45 ;
- Loi organique n°2001-692 du 1^{er} août 2001 modifiée relative aux lois de finances ;
- Décret n°88-949 du 6 octobre 1988 modifié relatif à l'habilitation des personnes physiques, établissements, services ou organismes publics ou privés auxquels l'autorité judiciaire confie habituellement des mineurs ou l'exécution de mesures les concernant ;
- Décret n°2010-214 du 2 mars 2010 relatif au ressort territorial, à l'organisation et aux attributions des services déconcentrés de la protection judiciaire de la jeunesse ;
- Décret n° 2013-11 du 4 janvier 2013 relatif à la tarification et au financement des lieux de vie et d'accueil et modifiant le code de l'action sociale et des familles ;
- Arrêté du 4 juillet 1966 relatif à la réglementation des vacances dans certaines catégories d'établissements pour enfants ;
- Arrêté du 28 novembre 2013 fixant les indicateurs et leur mode de calcul applicables aux centres éducatifs fermés ;
- Arrêté du 2 octobre 2014 fixant les valeurs moyennes et médianes de référence des indicateurs du tableau de bord applicables aux centres éducatifs fermés dans le cadre de la dotation globale de financement pour la campagne de tarification 2015 ;
- Circulaire n°F1305886C du 26 février 2013 relative à la mise en œuvre de la tarification des centres éducatifs fermés par dotation globale de financement ;
- Guide de la tarification - disponible sur l'intranet DPJJ rubrique Guides et référentiels.

Les circulaires de tarification de 2003 à 2013 sont archivées sur le site intranet de la DPJJ <http://intranet.justice.gouv.fr/site/dpjj/index.php?rubrique=3833&ssrubrique=8210&article=38485>

Une adresse électronique guidetarification.dpjj-sdpom@justice.gouv.fr est mise en place afin de répondre en direct aux interrogations et questionnements des agents en charge de la tarification sur le terrain.

Annexes : 9

Titre I - Éléments de cadrage politique et budgétaire 2015

La tarification des établissements et services du secteur associatif habilité pour l'exercice 2015 s'inscrit dans un contexte profondément renouvelé du fait :

- de la publication de la note d'orientation du 30 septembre 2014,
- des suites à donner aux recommandations de la mission d'audit financier de l'IGSJ sur le financement du SAH,
- des arbitrages de la loi de finances 2015.

Enfin, une **charte d'engagements réciproques** entre la DPJJ et les principales fédérations associatives a été signée le 30 janvier 2015. Celle-ci a notamment pour objectifs de :

- Donner une cohérence et une visibilité à la politique menée par la DPJJ avec le secteur associatif ;
- Respecter l'indépendance des fédérations, la liberté et la spécificité associative (organisation, fonctionnement, contraintes et obligations) dans le cadre de notre action commune au bénéfice des publics accompagnés ;
- Impliquer le secteur associatif aussi bien dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique menée par la PJJ ;
- Promouvoir la culture du partenariat entre la PJJ et le SAH, organiser ce partenariat en garantissant l'application de ces principes au niveau national, interrégional et territorial et favoriser l'élaboration concertée d'accords de méthode entre les services déconcentrés et les associations ;

1. La note d'orientation de la PJJ du 30 septembre 2014 réaffirme la complémentarité du secteur associatif habilité et du secteur public

Les relations entre la PJJ et le SAH représentent un **enjeu majeur** de la note d'orientation, qui devra permettre de **consolider la politique de complémentarité SP et le SAH et dynamiser les articulations entre les structures éducatives**.

En effet, afin de permettre une prise en charge adaptée aux besoins du jeune et d'apporter une réponse dans les meilleurs délais, les territoires de la PJJ doivent proposer une **palette d'offres éducatives différenciée**, à partir des structures éducatives des secteurs public et associatif.

Au sein d'un même territoire, la recherche de **cohérence des interventions, de souplesse des réponses** ne peut s'opérer que dans une « **articulation organisée** » des structures éducatives.

Définir les modalités d'une « bonne » coordination inter service (SP et SAH), les formaliser dans des protocoles, dans les projets territoriaux, les schémas territoriaux et les projets de service sont des processus engagés dans nombre de territoires ; il s'agit maintenant de **généraliser, rendre lisibles, pérennes et opérationnelles ces modalités de gouvernance**. Les directions territoriales doivent en être pilotes pour que la complémentarité des réponses du secteur public et du secteur associatif soit repérée par les acteurs concernés, au sein des services et établissements comme par l'autorité judiciaire.

En outre, l'articulation avec le SAH doit s'étendre au-delà de l'organisation des réponses sur le territoire et de la régulation de l'activité ; **le SAH peut utilement être associé localement à la réflexion et à l'analyse des besoins** en vue de la définition des orientations et des priorités.

A l'appui de la note d'orientation, la DPJJ a défini un programme de travail au service de cette ambition axé sur la politique de complémentarité et les outils de pilotage avec le secteur associatif au niveau territorial. L'objectif est d'aboutir à la rédaction d'une note d'instruction fin 2015, recouvrant les enjeux suivants :

- repenser et renforcer les instances de concertation et de coordination : l'objectif est d'améliorer le pilotage territorial en associant les fédérations,
- soutenir le pilotage financier : préciser, clarifier et homogénéiser le système de pilotage dont :
 - les finalités, les contraintes et les impératifs : les leviers de pilotages,
 - les acteurs et leurs rôles : articulations DIR/DT

- le cycle budgétaire : budgétisation, programmation, tarification, mise en paiement, le suivi et la régulation de l'activité,
- la formation des agents.

2. Les recommandations du rapport d'audit IGSJ incitent à un pilotage amélioré

Dans le prolongement des recommandations de l'audit comptable et financier de l'IGSJ sur le SAH rendues début novembre, un plan d'action a été élaboré. Les buts immédiats en sont l'amélioration du pilotage financier du SAH et plus largement une contribution à la réforme de sa gouvernance inscrite dans la note d'orientation.

Les cinq thématiques présentées lors du CDN de novembre feront l'objet de travaux particuliers et de propositions d'action :

1. Rechercher une organisation optimale : bon positionnement de la tarification en appui des processus de pilotage et une articulation DIR / DT adaptée conciliant efficacité financière, pilotage territorial et adéquation de l'offre aux besoins ;
2. Refonder le pilotage par l'AC des crédits du SAH ;
3. Rationaliser les méthodes et renforcer les expertises en matière de tarification ;
4. Garantir la couverture et la maîtrise du risque contentieux ;
5. Sécuriser le circuit de la dépense

Dès à présent, des premiers travaux ont été initiés concernant les points 4 et 5.

Un contexte budgétaire qui reste exigeant.

Le gouvernement poursuit l'effort ambitieux de réduction des déficits publics pour les années à venir.

Si la programmation triennale 2013-2015 stabilisait les ressources de la mission justice et notamment du programme 182 dédié à la protection judiciaire de la jeunesse, l'exigence de sécurisation de la trajectoire des finances publiques a conduit le gouvernement à demander un effort d'économie à l'ensemble des administrations et notamment la DPJJ en limitant ses moyens à la reconduction de la charge liée à l'exercice.

Les moyens alloués à la PJJ sont employés dans le souci d'une amélioration continue de la qualité de l'action d'éducation en veillant tant à la prévention de la récidive et de la réitération qu'à l'insertion sociale des jeunes confiés par l'autorité judiciaire.

Pour 2015, les crédits SAH de l'action n° 01 s'élèvent à 225 400 000 €. La programmation 2015 tient compte d'une progression de 1 % du GVT par rapport au projet de loi de finances 2014. Les crédits prévus permettent de maintenir l'activité des établissements et services du SAH à un niveau comparable à celui des années précédentes

PLF 2015

	Coût	
	AE	CP
Centres Éducatifs Fermés	67 781 160	67 781 160
Centres Éducatifs Renforcés	43 608 170	43 608 170
Autres hébergements (y compris CPI)	41 582 946	41 582 946
Réparations pénales	7 236 065	7 236 065
Mesure d'activité de jour (MAJ)	311 372	311 372
Mesures Judiciaires d'investigation Éducatives (MJIE)	64 880 286	64 880 286
	225 400 000	225 400 000

Aussi, afin de maintenir la diversité des réponses éducatives, un pilotage rigoureux des dépenses et la stricte tenue des enveloppes budgétaires notifiées sont plus que jamais indispensables.

Dans cet objectif, il est rappelé que, dans le cadre de la DGF, les crédits programmés pour les CEF doivent être intégralement engagés. Les engagements des autres dispositifs doivent être inscrits dans IMAGES et CHORUS dès réception des ordonnances.

Dans ce contexte, vous veillerez à préserver la diversité des modalités de placement, et notamment les possibilités de placement en « hébergement 45 ».

Je vous rappelle que la procédure de tarification doit s'inscrire dans un objectif d'optimisation des moyens et des capacités habilitées de l'ensemble des établissements et services de vos territoires.

Titre II - Pilotage de l'activité et éléments généraux de cadrage de la tarification

Le pilotage de l'activité et des crédits nécessite une bonne articulation entre les échelons territoriaux et interrégionaux et entre les services de la DEPFI et ceux de la DPEA, ainsi qu'un dialogue entre les directeurs territoriaux et les magistrats dans les instances de régulation et de concertation.

1. Pilotage de l'activité

Rappel sur l'articulation des échelons territoriaux et interrégionaux

La réorganisation territoriale de la PJJ a permis de concentrer en DIR les tâches techniques de gestion. Cependant les DIR ont retenu des schémas d'organisation différents pour les activités de tarification, qui peuvent soit être déléguées – entièrement ou partiellement - aux DT, soit entièrement réalisées par la DIR. Dans tous les cas, il est impératif que les deux échelons travaillent de concert à l'occasion de la campagne de tarification, la DIR dans son rôle de gestion du BOP et les DT en tant qu'animateurs de la politique des territoires, des relations partenariales et comme pilotes de la complémentarité entre les deux secteurs.

Lorsque la tarification est concentrée en DIR, celle-ci doit mettre à la disposition des DT les données d'activité et de dépenses synthétisées à partir des données Chorus, IMAGES et des tableaux de suivi d'activité, de manière à donner les moyens au DT d'assurer pleinement son rôle d'animation et de régulation sur son territoire. Elle doit veiller à associer les DT à l'exercice de tarification, en recueillant leur avis sur le travail éducatif fourni par les structures, et en les rendant destinataires des analyses qu'elle porte sur les budgets prévisionnels et les comptes administratifs, ainsi qu'en prévoyant une présence de la DT aux réunions de tarification.

Au niveau de la DIR, la construction des budgets doit associer la DPEA, à plus forte raison lorsque sont envisagées des modifications du volume d'activité autorisé et des arrêtés d'autorisation ou d'habilitation. Le service d'audit doit être destinataire des travaux portant sur chaque établissement ou service du SAH. Celui-ci veillera en retour à informer l'ensemble des services de la DIR intéressés à la tarification du SAH des observations et rapports établis dans le cadre de son activité.

Régulation de l'activité

Il est rappelé que les établissements et services concourant aux missions de protection judiciaire de la jeunesse (4° du I de l'article L.312-1 du CASF) doivent avoir fait l'objet de la procédure d'autorisation prévue aux articles L.313-1 et suivants du CASF, et de la procédure d'habilitation par le préfet prévue par l'article L.313-10 du CASF.

Les directeurs territoriaux, en liaison avec le magistrat coordonnateur, veilleront au bon fonctionnement des instances de suivi et de régulation de l'activité entre le secteur public et le secteur associatif habilité. (note du DPJJ en date du 27 décembre 2012).

Suivi de l'activité

Les établissements et services habilités du secteur associatif doivent impérativement transmettre aux DIR **dès leur réception**, les ordonnances des magistrats, y compris les ordonnances de fin de placement, qui constituent à ce jour les principaux documents de constatation du service fait.

La tenue de tableaux de bord par établissement et service, au niveau le plus fin, doit permettre une meilleure régulation SP/SAH dans le respect des normes fixées pour le secteur public et de l'activité prévisionnelle financée pour le SAH.

2. Eléments de cadrage d'évolution des coûts

2-1 Cadrage sur l'évolution des groupes

Les crédits alloués dans votre BOP vous permettent d'absorber les effets de l'évolution spontanée des coûts de personnel (Glissement Vieillesse Technique (GVT)). Le chiffre prévisionnel 2015 validé a pris en compte une évolution du GVT de 1%.

En revanche, en raison d'un taux d'inflation quasi nul, les autres dépenses des groupes 1 et 3 devront rester globalement stables.

Groupe I – Charges de gestion courante

Les Comptes 611 (6111 Prestations à caractère médical et 6112 Prestations à caractère médico-social) sont à examiner de façon approfondie.

Les valeurs de certains indicateurs ne prennent de sens que comparées à d'autres. A titre d'exemple, un faible niveau des dépenses de personnels (groupe 2) est à relativiser si le budget montre un haut niveau de dépenses sur le compte 611 (prestation externalisée, groupe 1), ce qui signifie que des intervenants extérieurs sont payés sous forme de prestations (en fonctionnement) plutôt que d'être inscrits à l'organigramme.

Dans ce cadre, vous veillerez donc à ce que les dépenses imputées au titre des prestations externes à caractère médical et social correspondent à l'absence de compétence identique en interne inscrite à l'organigramme.

Groupe II – Dépenses de personnel

Au-delà de la maîtrise des charges de fonctionnement et du respect des moyens en personnels lorsqu'ils sont normés, vous veillerez à réaliser une analyse fine des masses critiques du budget. A cet égard, les dépenses du groupe II feront l'objet de contrôles extrêmement vigilants (évolutions de carrière, des diplômes correspondant au type d'emploi, des primes et avantages en nature, au regard des CCNT appliquées...).

Vous porterez une attention particulière au compte 621 (personnel extérieur à l'établissement) et 622 (rémunérations d'intermédiaires et honoraires) : le détail de ces charges devra être demandé à l'établissement. Leur abondement ne doit pas avoir pour effet de valider un effectif au-dessus des normes prescrites. Vous les mettrez systématiquement en parallèle avec les organigrammes présentés.

Actualités relatives aux charges prévisionnelles du Groupe II

Complémentaire Santé (Arrêté NOR : AFSA1431073A du 24 décembre 2014 Ministère Affaires Sociales) :

Conventions collectives et accords de branche

- Convention collective du 15 mars 1966,
Avenant n° 328 du 1^{er} septembre 2014 relatif au régime collectif de complémentaire santé
- Accords collectifs CHRS du SYNEAS,
Protocole 155 du 4 juillet 2014 relatif au régime collectif de complémentaire santé

Ces avenants (joints en annexe 4) ont pour objet l'instauration d'un régime national de complémentaire santé afin de mettre en conformité ces deux conventions collectives avec les dispositions de l'article 1^{er} de Loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, qui imposent à tout employeur la mise en place d'une couverture à adhésion obligatoire en matière de remboursements complémentaires de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

L'entrée en vigueur de ces dispositions, à effet du 1^{er} janvier 2015, s'applique donc dès à présent pour les tarifs 2015, et est opposable à l'autorité de tarification.

Le financement de cette mesure repose sur des économies dégagées par les exonérations de cotisations sociales de l'employeur, dans le cadre du pacte de responsabilité. Cependant, cet équilibre entre dépense nouvelle et économie n'est pas forcément réalisable sur tous les établissements, la structure et la nature des emplois ne le permettant pas.

En conséquence, vous étudierez l'impact de cette mesure au cas par cas et vous identifierez l'insuffisance de financement s'il y a lieu. Vous enverrez au bureau L1 un état récapitulatif du solde éventuel à combler.

Je vous rappelle que le décret n° 2014-1531 du 17 décembre 2014 relatif au taux des cotisations d'allocations familiales et d'assurances vieillesse de divers régimes de sécurité sociale ainsi que le décret n°2014-1688 du 29 décembre 2014 relatif à la mise en œuvre de la réduction générale des cotisations et contributions patronales ont été publiés au Journal Officiel respectivement le 19 décembre 2014 et le 31 décembre 2014.

Groupe III - Charges de structures

Je vous demande d'opérer un examen particulier sur les provisions (historique, date de constitution, objet, évaluation du montant, reprises si l'objet a disparu).

Les autres lignes importantes auxquelles il convient, en premier lieu mais de manière non exhaustive, d'être attentif sont le compte 655 (frais de siège, voir *infra*) et les comptes d'amortissements.

Les évolutions d'organigramme et la politique d'investissement sont déterminantes dans une perspective d'évolution pluriannuelle des dépenses. Les mesures nouvelles actées lors d'un budget auront un effet sur les propositions présentées les années suivantes, sur lequel il sera difficile de revenir. C'est pourquoi les plans pluriannuels d'investissement doivent impérativement être reçus et examinés avec attention par l'autorité de tarification dans les délais prévus à l'article R314-20 du CASF.

Vous serez vigilants sur les règles d'amortissement des véhicules légers en rapprochant autant que possible la durée d'amortissement des véhicules utilisés par les établissements et services du SAH des pratiques en vigueur dans le secteur public. En concertation avec vos partenaires du SAH, vous veillerez à conduire à cette occasion les premières réflexions sur l'utilisation et la gestion des parcs automobiles dans le cadre des problématiques liées au développement durable et à la diversification éco-responsable.

Pour mémoire et outre les documents dont la transmission est obligatoire, vous avez la possibilité, dans le cadre d'une analyse approfondie des budgets, de consulter toute pièce complémentaire attestant du respect par les établissements et services de leurs obligations financières, sociales ou fiscales, ainsi que toute pièce dont l'établissement ou la détention sont légalement requis (art. R314-56 CASF).

Par ailleurs, je vous rappelle que l'inventaire des biens et équipements doit être tenu à votre disposition, et que vous pouvez demander toute pièce permettant de connaître les conditions dans lesquelles les établissements et services ont choisi leurs prestataires et leurs fournisseurs les plus importants (art. R 314-57 et R 314-58 CASF).

Sauf exception dûment justifiée, la stabilité de l'ensemble des charges du groupe 1 et la maîtrise des dépenses de fonctionnement du groupe 3 devront être recherchées.

2-2 Etablissements et services financés exclusivement par la PJJ

S'agissant du groupe II :

Pour la convention collective de 1966, l'avenant n° 326 du 25 octobre 2013 à la CCNT 1966 a porté la valeur du point de 3,74 € à 3,76 € avec effet rétroactif au 1^{er} avril 2013.

Pour la convention collective de 1951, la valeur du point est 4,403 € depuis le 1^{er} décembre 2010 (arrêté en date du 20 décembre 2010, paru au JO du 26 décembre 2010).

Par ailleurs, l'avenant n° 2014-01 du 4 février 2014 a mis fin à la dénonciation unilatérale de la convention collective intervenue le 31 août 2011 et permet de refonder légalement et réglementairement les dispositions antérieurement dénoncées.

Cet avenant comprend principalement :

- des dispositions dont l'objet est de restaurer à l'identique les dispositions conventionnelles dénoncées uniquement en raison du principe d'indivisibilité (classifications et rémunérations principalement) ;

- des dispositions nouvelles, telles que : les procédures de consultation en matière de licenciement économiques, le transformation d'une partie de l'allocation départ à la retraite en temps de repos de fin de carrière, la fixation d'un salaire minimum conventionnel mensuel brut à 1450 euros à compter du 1^{er} janvier 2014 (pour mémoire le SMIC légal est de 1445.38 euros), l'évolution de la prime d'ancienneté par modification du déroulement de carrière, l'évolution de la prime de technicité des cadres (la durée des échelons restant inchangée).

Cet avenant ne remet pas en cause les avantages individuels acquis résultant de la dénonciation partielle de la CCNT 1951 dont sont bénéficiaires les salariés présents dans les effectifs à compter du 1^{er} décembre 2011, date d'expiration du préavis de dénonciation partielle de la CCNT 1951.

2-3 Etablissements et services relevant de la tarification conjointe Etat et Conseil général

Les éléments ci-dessus constitueront une base de dialogue budgétaire devant permettre de maîtriser également les dépenses des établissements et services relevant de tarification conjointe Etat/Conseil général.

Il est rappelé qu'en cas de désaccord entre les autorités de tarification, celles-ci fixent chacune un budget et un tarif, et transmettent ces éléments au TITSS du ressort, qui arrêtera le tarif et dont la décision s'imposera aux deux financeurs. Cette situation doit demeurer exceptionnelle, et ne peut être justifiée que par de graves désaccords entre les financeurs. Dans un tel cas de figure, vous informerez le bureau L1 de ces difficultés. De manière générale, vous veillerez à préparer les tarifications des établissements sous compétence conjointe en concertation avec les services des conseils généraux.

2-4 Rappels sur l'affectation du résultat pour vos propositions budgétaires.

Aux termes de l'article R.314-51 du CASF « l'affectation du résultat (...) est décidée par l'autorité de tarification. Celle-ci tient compte des circonstances qui expliquent le résultat ».

L'excédent peut être affecté à :

- La réduction des charges d'exploitation de l'exercice au cours duquel il est constaté (N+1), ou de l'exercice qui suit (N+2) : il s'agit ici de viser à une réduction des coûts de prestation ;
- Le financement de mesures d'investissement ;
- Le financement de mesures d'exploitation ponctuelles n'accroissant pas les charges d'exploitation des exercices futurs (exemples : évaluation externe, formation, études, départs à la retraite, restructurations ...) ;
- La réserve de compensation des déficits (réserve pour prendre en compte l'incidence d'un résultat négatif futur) ;
- La réserve de trésorerie (dans la limite de la couverture Besoin en Fonds de Roulement) ;
- Un compte d'excédent affecté à la compensation des charges d'amortissement des équipements, agencements et installations de mise aux normes de sécurité.

Un même résultat peut être affecté selon plusieurs de ces options.

Le déficit est couvert :

- En priorité par une reprise sur le compte de réserve de compensation des déficits ;

Pour le surplus éventuel, par ajout aux charges de l'exercice en cours (N+1) ou de l'exercice suivant (N+2).

En cas de circonstances exceptionnelles, la reprise du déficit peut être étalée sur trois exercices. Il convient cependant d'être extrêmement prudent avec cet étalement du déficit, notamment lorsqu'il présente un caractère structurel.

L'établissement ou le service propose une affectation de son résultat dans le compte administratif. Dans la majorité des cas, l'autorité de tarification ne répondra à cette proposition que dans le cadre de la procédure budgétaire de fixation du tarif de l'année suivante. Tant qu'elle n'a pas répondu, la proposition n'est pas considérée comme validée.

Vous devrez tenir compte des circonstances qui expliquent le résultat :

Il vous appartient d'analyser les écarts entre le prévisionnel et le réalisé, pour en déterminer le caractère structurel ou conjoncturel : cette analyse se fera en premier lieu sur le résultat comptable (produits classe 7 – charges classe 6) et non sur le résultat budgétaire (les reprises de résultat antérieur et les abattements sur charges et produits pouvant gêner la lecture de ce qui s'est fait sur l'année considérée).

1° sous-activité ou suractivité :

Les données issues des applications de traitement de l'information du logiciel IMAGES (dont l'utilisation, je vous le rappelle est obligatoire pour chaque étape de la dépense (saisie ordonnance (entrées, sorties), mandatement) et les tableaux de bord mis en place dans chaque service déconcentré sont des outils qui doivent vous permettre d'assurer le suivi et la régulation de l'activité. Ils doivent notamment permettre d'ajuster le niveau d'activité aux capacités financées.

Il vous est demandé d'être particulièrement vigilants à la suractivité de certains services mais également à la sous activité chronique d'autres qui ont une incidence sur les coûts. En effet, la PJJ ne financera plus les suractivités des services et établissements du SAH qui ne résulteraient d'une autorisation préalable écrite de la DIR, fondée sur une analyse étayée des besoins.

Vous veillerez aussi à ne pas laisser perdurer des situations de sous activité (ou de sureffectifs) qui ont bien évidemment une incidence sur les coûts unitaires.

2° Ecart sur dépenses autorisées, ou excédent de recettes en atténuation :

Vous vous interrogerez sur le budget prévisionnel présenté et les dépenses constatées sur les 3 années antérieures afin d'affiner le montant des charges à retenir sur les prochains budgets prévisionnels. Une reconduction systématique d'enveloppe non dépensée mobilise des crédits qui pourraient servir à valider des charges nouvelles sur d'autres établissements.

De même, vous pouvez, au vu de recettes en atténuation (hors remboursement d'IJSS) pérennes en compte administratif et non présentées en budget prévisionnel, rajouter ces produits pour faire diminuer le prix de journée ou la dotation.

Si l'activité est étale et les dépenses en forte augmentation, en vérifier l'origine. Dans l'hypothèse où elles vous apparaîtraient étrangères, par leur nature, ou leur importance, à celles envisagées lors de la fixation du tarif, l'article R. 314-52 du CASF vous permet de réformer d'office le montant du résultat en écartant ces dépenses.

3° Inflation réelle des prix et des salaires par rapport à ce qui était prévu au budget

Excédentaire ou déficitaire, l'affectation du résultat final devrait être réfléchi afin de ne pas faire subir de trop grosses variations des dotations d'une année sur l'autre.

Pour ce qui concerne les CEF, vous veillerez à ne pas abonder les réserves de compensation ni les réserves de trésorerie devenues inutiles du fait de la DGF.

De même, dans l'hypothèse de réserves précitées importantes, vous négocierez avec les associations, et avec l'accord de leur commissaire aux comptes, la possibilité de les réaffecter en section d'investissement où elles seront plus utiles, ce mécanisme ayant pour effet de ne pas toucher au Fonds de Roulement Net Global (FRNG).

2-5 Décompte des absences de plus de 48 heures et des jours de sortie

En application de l'arrêté du 4 juillet 1966, les absences de plus de 48 heures doivent être décomptées à partir du premier jour d'absence. A titre d'exemple, l'activité réalisée au mois de janvier pour un jeune ayant fugué 3 jours de suite sera de 28 jours. L'activité réalisée pour un jeune ayant fugué 1 journée sera de 31 jours.

Seules les incarcérations donnent lieu à une réduction d'activité dès la première journée d'absence.

Par ailleurs, les jours de présence se comptent toujours en nuitée. A cet égard, le jour de sortie n'est jamais comptabilisé dans l'activité des services, évitant les risques des doubles facturations.

3. Dispositions concernant la remontée d'information en administration centrale

Fiches de recueil d'indicateurs de suivi budgétaire et d'information (FRISBI).

Depuis 2014, la transmission et le renseignement des fiches de recueil d'indicateurs de suivi budgétaire et d'informations (FRISBI) ont été simplifiés (annexe 2). A cet effet, seule la fiche compte administratif qui contient également les éléments nécessaires à l'analyse des budgets subsiste, évitant au service déconcentré une double saisie. Par ailleurs, ce document ne concerne plus que les services en tarification exclusive Etat.

Il vous est demandé de transmettre impérativement à l'administration centrale ces informations indispensables à un bon pilotage budgétaire.

La partie budget validé des fiches FRISBI 2015, la partie budget validé et compte administratif proposé des fiches FRISBI 2014 et les fiches FRISBI 2013 devront être transmises à l'administration centrale (Bureau de l'allocation des moyens – L1 et le Bureau du Contrôle de Gestion – L4) au plus tard le **30 juillet 2015**.

Rappel : Elles devront être renseignées selon le modèle qui vous sera transmis en version dématérialisée par l'administration centrale, sans modification ou ajout de cellules pour permettre leur agrégation et donc leur utilisation. Cet outil est très important pour permettre d'améliorer notre pilotage budgétaire, il vous est demandé de veiller à sa bonne transmission et à la cohérence des saisies. L'administration centrale vous demandera les corrections nécessaires en cas d'erreurs de saisie.

L'article R. 314-13 du CASF prévoit l'utilisation de documents budgétaires normalisés par l'ensemble des acteurs de la tarification, ainsi que les dispositions réglementaires nécessaires à leur transmission, y compris par voie électronique.

Vous veillerez donc à ce que l'ensemble des acteurs utilisent les **cadres normalisés** des budgets prévisionnels et des comptes administratifs actuellement en vigueur, disponibles sous format Excel dématérialisé, notamment lors des échanges avec l'administration centrale.

Pour information, ces modèles sont notamment téléchargeables gratuitement pour le compte administratif sur :

<http://www.dirips.com/telechargements/cadre-normalise-de-presentation-du-compte-administratif-rebeca-et-teleca/>

pour le budget prévisionnel sur :

<http://www.dirips.com/telechargements/telebudget-cadre-normalise-pour-les-budgets-previsionnels/>

Les fichiers accessibles sur ces sites sont conformes aux cadres réglementaires **en vigueur au moment de la campagne de tarification en cours**.

Cette demande est d'autant plus nécessaire en vue d'une éventuelle évolution d'IMAGE envisagée à l'issue des recommandations de l'audit financier du SAH par l'IGSJ.

Sur l'utilisation des cadres normalisés, vous voudrez bien faire remonter au bureau L1 les difficultés éventuellement rencontrées.

Fiches de mouvement de poste.

Les fiches mouvement de poste 2015 devront être transmises à l'administration centrale (Bureau de l'allocation des moyens – L1 et le Bureau du Contrôle de Gestion – L4) au plus tard le **15 juillet 2015**.

Rappel : Elles devront être renseignées selon le modèle joint en annexe 3 qui vous sera transmis en version dématérialisée par l'administration centrale, sans modification ou ajout de cellule pour permettre leur agrégation et donc leur utilisation. L'administration centrale vous demandera les corrections nécessaires en cas d'erreurs de saisie.

Titre III - Dispositions particulières

1. Tarification des CEF

L'arrêté NOR JUS F1423474A du 2 octobre 2014 fixe les valeurs moyennes et médianes nationales de référence du tableau de bord des indicateurs de la DGF pour les CEF pour l'année 2015.

L'utilisation des indicateurs (annexe 1) s'inscrit pleinement dans la logique de la procédure budgétaire contradictoire et favorise le dialogue entre le financeur et le gestionnaire sur la base d'éléments objectifs. D'une manière générale, les indicateurs doivent en matière d'allocation de ressources viser une convergence tarifaire au regard de prestations comparables.

Si l'article R. 314-30 du CASF prévoit que les indicateurs peuvent être utilisés comme critère de tarification, les articles R. 314-31 à 33 invitent toutefois à les utiliser dans ce cadre avec précaution.

L'objectif des indicateurs n'est pas de déterminer un tarif unique. La démarche ne consiste pas à sanctionner de façon discrétionnaire et systématique un établissement dont les résultats de ces indicateurs paraîtraient au premier abord « anormaux » mais d'interroger l'établissement sur le caractère justifié ou non de sa demande.

Depuis le 1^{er} janvier 2013, les 34 CEF du SAH sont financés par le biais de la dotation globale de financement en application de l'article R.314-126 du code de l'action sociale et des familles. Les modalités de mise en œuvre de ce financement sont précisées par la circulaire n°F1305886C du 26 février 2013.

Les articles R. 314-107 et 108 du CASF fixent les modalités de versement de la dotation globale de financement.

En 2015, les indicateurs ne doivent pas être utilisés pour justifier des abattements aux dotations accordées aux établissements. Cette année est donc l'occasion pour les DIR comme pour les CEF de s'approprier les procédures et les outils liés aux indicateurs.

Les calculs et documents servant à l'élaboration des valeurs moyennes et médianes nationales de référence de la dotation globale de financement pour les CEF pour la campagne de tarification 2016 doivent être retournés au bureau L1 pour le **30 juin 2015**, délai de rigueur, après examen et validation de votre part.

Le cadrage général de l'exercice doit permettre notamment le renforcement national des CEF.

La base du groupe II est fixée à 26.5 ETP pour tous les établissements avec **un objectif opérationnel** de taux d'occupation porté à 85% comme l'a fixé le projet annuel de performance 2015. L'augmentation du financement des moyens humains vise principalement à la prise en compte de la thématique « santé » dans les CEF (cf. annexe 9).

L'intervention pluridisciplinaire peut être enrichie par des protocoles et des conventions avec des institutions ou des associations qui assureront la participation de professionnels extérieurs en fonction des projets de service pédagogiques développés. La mise en place de ces protocoles devra cependant être financée à enveloppe constante et ne fera pas l'objet de crédits spécifiques et supplémentaires de la part de la protection judiciaire de la jeunesse.

Quant au suivi de l'activité des centres éducatifs fermés dans le cadre de la dotation globale de financement (cf. infra), il s'effectue par le tableau de suivi mensuel de l'activité tel qu'il a été publié en annexe 4 de l'arrêté ministériel du 28 novembre 2013 portant la liste des indicateurs applicables aux CEF, disponible sur le site intranet de la PJJ.

2. Tarification des CER

Ces établissements sont conçus pour accueillir des groupes de six à huit mineurs originaires de l'ensemble du territoire national pour des placements d'une durée de trois à cinq mois, y compris dans le cadre de la mise en œuvre des aménagements de peine.

Le fondement de l'action éducative renforcée repose sur des activités d'insertion, d'utilité publique, citoyennes, socioculturelles et sportives constitutives de l'identité de chaque CER. L'action éducative vise ainsi à favoriser la remobilisation des mineurs accueillis en s'appuyant sur la temporalité de l'intervention et un programme d'activités soutenues, structuré dès le début de la prise en charge.

L'encadrement éducatif permanent des activités ainsi que le partage de temps de la vie quotidienne favorisent la dynamique de cohésion de groupe.

La prise en charge peut reposer sur deux modalités :

- fonctionnement en sessions : dans un temps déterminé et à date fixe, la démarche pédagogique s'appuie sur la constitution d'un groupe de mineurs,
- fonctionnement en file active : ce fonctionnement permet d'accueillir des mineurs tout au long de l'année.

3. Mesure Judiciaire d'Investigation Educative (MJIE)

Plus de quatre ans après la création de la MJIE, le 31.12.2010, plusieurs bilans et évaluations ont été réalisés au niveau national. Il en ressort qu'une simplification de la mise en œuvre de cette mesure et une adaptation aux nouvelles orientations s'est avérée nécessaire. Un comité de pilotage national a réuni, le 5 décembre 2014, les représentants du SAH, des magistrats, des représentants des territoires de la PJJ. Cette instance a confirmé l'élaboration d'une nouvelle note MJIE qui remplace la circulaire de 2010. Cette note et sa note d'accompagnement ont été signées le 23 mars 2015.

Il vous est rappelé que :

- la capacité inscrite dans les arrêtés d'autorisation et d'habilitation est exprimée en nombre d'ordonnances,
- l'activité accordée dans les budgets est exprimée en nombre de mineurs,
- la facturation est exprimée en nombre de mineurs.

Les capacités indiquées dans les arrêtés d'autorisation et d'habilitation doivent être identiques. Ainsi, pour chaque arrêté d'autorisation ou d'habilitation fait sur une autre référence, il vous est demandé de prendre un arrêté traduisant la capacité autorisée en nombre d'ordonnances. La capacité exprimée en nombre d'ordonnances étant par définition inférieure, il ne sera pas nécessaire de procéder à un nouvel appel à projet pour pouvoir régulariser les arrêtés qui seraient erronés.

La note du 23 mars 2015 prévoit que les modules d'approfondissement seront laissés à l'initiative des services et ne seront plus ordonnés par les magistrats. Le tarif d'une MJIE, avec ou sans module(s) d'approfondissement, et quelle que soit sa durée, est unique. Le prix forfaitaire est établi par mineur. Le tableau des normes d'emplois prend en considération pour chaque service d'investigation le ratio fratrie à savoir le nombre de mineurs moyen par ordonnances. Ce ratio fratrie est recalculé tous les 5 ans, sur la base des 3 derniers exercices clos et concomitamment à la procédure de renouvellement de l'habilitation (cf. annexe 5).

Ce maintien sur cinq ans doit permettre aux services d'investigation éducative de stabiliser le tableau des normes d'emploi, celui-ci n'étant modifié qu'au prochain renouvellement d'habilitation en fonction du nouveau ratio fratrie alors calculé.

Le constat d'un écart significatif entre les prévisions et l'activité réalisée, exprimées en mesures d'un côté et en mineurs de l'autre, résulte soit d'une évaluation insatisfaisante du ratio fratrie, soit d'une évolution sociologique ou de pratique en matière de prescription. Si des écarts importants sont mis en évidence la question doit se poser d'un ajustement à cette réalité, négocié avec les associations : soit parce que ce gel se fait au détriment de la qualité des mesures avec des effectifs insuffisants, soit à l'inverse parce qu'il conduit à pérenniser des sureffectifs.

Par ailleurs, l'activité prévisionnelle accordée dans les budgets peut être revue annuellement, en fonction du contexte local. Elle peut également être une variable pour réduire les écarts constatés sur le ratio fratrie (Cf. supra).

4. Réparations pénales

Chaque travailleur social doit effectuer 90 mesures annuelles. Les modalités de calcul des emplois sont rappelées en annexe 7. Pour la fonction encadrement, un système modulable a été mis en place afin d'indiquer le nombre d'ETP d'encadrement en fonction du nombre d'ETP éducatifs.

Il est rappelé que chaque service pourra si nécessaire utiliser des vacances de psychologue pour un coût horaire maximum de 50 € (dans le cas d'un psychologue salarié de l'association) et dans le cas d'une prestation externe entre 70 et 100€:

1. à hauteur de 30 heures par an pour un service de 0.5 ETP à 4 ETP de travailleurs sociaux,
2. à hauteur de 45 heures par an pour un service de 4,5 ETP à 8 ETP de travailleurs sociaux,
3. à hauteur de 60 heures par an pour un service de + de 8 ETP de travailleurs sociaux.

5. PJJ

Conformément à la note d'orientation de la PJJ du 30 septembre 2014, la PJJ financera les mesures de protection de jeunes majeurs prises en charge marginalement par le secteur public de la PJJ. *A priori*, vous veillerez à ne pas prendre en compte les dépenses éventuelles relevant de ce champ lors de l'exercice de tarification.

6. Hébergement 1945

Une attention toute particulière devra être portée au suivi de l'activité des établissements et services en tarification conjointe. Depuis plusieurs années le souci de maîtrise des dépenses a conduit à une baisse significative de cette modalité de placement, parfois au-delà des objectifs fixés. Ceci a compromis la diversification de l'offre de prise en charge et réduit les marges de manœuvre des juridictions pour orienter au mieux les mineurs délinquants. Si la performance de certains établissements de placement collectif doit encore être améliorée et leurs taux d'occupation se rapprocher des cibles fixées, « l'hébergement 45 » ne doit pas être pour autant, en gestion, une variable d'ajustement pour financer les autres modalités de prises en charge du secteur associatif.

7. Tarification et financement des lieux de vie et d'accueil (LVA)

Le décret n° 2013-11 du 4 janvier 2013 relatif à la tarification et au financement des lieux de vie et d'accueil a été publié au journal officiel de la République française. Cependant il a fait l'objet d'une annulation par décision du Conseil d'Etat du 23 décembre dernier pour deux motifs :

- l'absence de dispositions transitoires à son entrée en vigueur ;
- l'introduction jugée illicite des dispositions du 3° du IV du D 316-6 qui demande le reversement des dépenses dont le niveau paraît excessif au regard des coûts de LVA fournissant des prestations comparables.

Dans l'attente d'une nouvelle rédaction et pour permettre la continuité des prises en charge dans ce type d'hébergement, vous poursuivrez la mise en place de conventions individuelles de financement. Celles-ci permettent de tarifier les LVA sur la base d'un forfait journalier exprimé en multiples du salaire minimum de croissance, qui est valable trois ans, et n'évolue chaque année qu'en indexation sur la valeur du SMIC au 1^{er} janvier de l'année considérée. Pour les LVA tarifés par la PJJ, vous veillerez, pour la fixation du forfait journalier, à ne pas dépasser le montant du forfait de base fixé antérieurement, soit 14,5 fois la valeur horaire du SMIC.

La convention type et la convention individuelle en annexes 8 et 9 pourront être utilisées. Elles sont disponibles sur l'intranet de la DPJJ :

<http://intranet.justice.gouv.fr/site/dpjj/index.php?rubrique=611&ssrubrique=8497&article=38891>

Ou :

intranet Justice/DPJJ/Politique éducative et audit/organisation territoriale/des procédures au service du pilotage territorial/

Nous vous rappelons par ailleurs que les lieux de vie et d'accueil, bien que n'étant pas des ESSMS, au sens du I de l'article L.312-1 du CASE, doivent faire l'objet d'une procédure d'autorisation. A ce titre, ils ont l'obligation de demander les bulletins n°2 du casier judiciaire (B2) et un extrait de non inscription au FIJAIS avant tout recrutement.

8. Signature de Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM)

La mise en place de contrats pluriannuels d'objectifs de moyen tripartites signés par les établissements, le conseil général, et la protection judiciaire de la jeunesse, est possible sous réserve que les 5 conditions ci-après présentées soient conjointement remplies :

- les établissements concernés doivent obligatoirement être habilités justice au civil,
- les établissements concernés doivent impérativement présenter des arrêtés d'autorisation à jour,
- les établissements concernés doivent impérativement présenter des arrêtés d'habilitation à jour,
- le CPOM signé doit impérativement respecter le temps de l'habilitation justice. Ainsi, un CPOM peut être signé sur 3 ans puis sur 2 ans respectant ainsi les limites temporelles de l'habilitation justice fixée à 5 ans,
- la protection judiciaire de la jeunesse finance obligatoirement les établissements concernés par le biais d'un prix de journée payé mensuellement après service fait.

Dans l'hypothèse où ces conditions ne seraient pas réunies, nous vous invitons à ne pas signer le CPOM. Vous devrez alors prendre un arrêté de tarification au nom du ministère de la justice, signé du préfet de votre département.

La mise en place de CPOM en tarification exclusive qu'elle soit mono-établissement ou pluri-établissements peut dorénavant être envisagée. Je vous demande dès à présent d'identifier sur votre territoire les associations susceptibles de s'engager dans cette voie et de m'en informer, via le bureau L1, dans les meilleurs délais.

Concernant les modalités précises de mise en œuvre, une instruction particulière vous sera faite ultérieurement

9. Frais de siège

Conformément à l'article R. 314-87 du CASF, les frais de siège social des associations peuvent être pris en compte via la tarification compétente et répartis sur leurs établissements. Cette possibilité est subordonnée à l'octroi d'une autorisation. L'autorité compétente pour prendre l'arrêté d'autorisation de frais de siège et pour assurer ensuite la tarification du siège est celle assurant le financement majoritaire de l'association (le préfet, le président du Conseil général ou le directeur général de l'ARS, article R314-90 du CASF).

Il est impératif d'étudier le Document unique de délégation prévu à l'art. R314-88-II du CASF, précisant la répartition des tâches entre le siège et les directions des différents établissements et services qui y sont rattachés. Ce document doit notamment vous permettre de vérifier que les moyens en fonctions support (comptabilité, ressources humaines et paye, élaboration des documents budgétaires, opérations immobilières, systèmes d'information, démarche qualité...) autorisés pour un siège ne sont pas redondants avec les moyens accordés à chaque structure de l'association gestionnaire.

Il convient de n'accepter aucune dépense autre que celles fixées dans l'autorisation délivrée par l'autorité de tarification compétente. Dans le cadre de la procédure d'avis (article R314-91 du CASF), les organismes gestionnaires doivent adresser au financeur majoritaire leurs propositions budgétaires annuelles relatives aux frais de siège. En cas de financement conjoint, une copie sera adressée aux autres autorités, qui doivent faire connaître, dans un délai d'un mois, leur avis à l'autorité autorisant les frais de siège.

Lorsque cette autorité a déterminé les frais de siège qu'elle retient pour l'exercice considéré, elle transmet sa décision à l'association, ainsi qu'aux autres financeurs.

Ainsi,

- dans le cadre d'un financement majoritaire de l'Etat, vous arrêterez le montant retenu des frais de siège et proposerez votre décision à la signature du préfet ;
- dans le cadre d'un financement majoritaire du département ou de l'ARS, vous adresserez en retour votre avis sur cette demande à l'autorité compétente concernée, afin qu'elle statue sur le montant des frais de siège.

Vous prêterez attention au respect de ces procédures, et notamment à la transmission à vos services des propositions budgétaires par les associations, et des décisions de frais de siège par l'autorité compétente.

A défaut, je vous demande de ne pas considérer les sommes concernées dans l'assiette de tarification. Vous écrirez à l'association ou à l'autorité n'ayant pas respecté l'obligation de transmettre les propositions ou les décisions à la PJJ pour leur rappeler leurs obligations réglementaires, le cas échéant en proposant un courrier à la signature du Préfet de votre ressort. La persistance de situations où les services de la PJJ n'obtiennent pas les éléments prévus réglementairement n'est pas admissible.

10. Inscription des produits de tarification dans les comptes administratifs

Les produits de la tarification inscrits en classe 7 des comptes administratifs doivent correspondre aux paiements effectués par la protection judiciaire de la jeunesse au titre de l'exercice concerné.

- S'agissant des mesures financées par le biais d'un prix de journée ou par une dotation globalisée (conventions de paiement au douzième), le compte administratif présentera en classe 7 le montant des factures de l'ensemble des journées réalisées au cours de l'année civile à la condition que les factures ne fassent pas l'objet de rejet de la part des financeurs.
- Pour ce qui est des centres éducatifs fermés, financés en dotation globale de financement, les produits correspondront au total des versements effectués dans l'année d'exercice.
- S'agissant des mesures financées par le biais d'un tarif forfaitaire par mesure, le compte administratif présentera en classe 7 le montant des factures de l'ensemble des mesures terminées au cours de l'année civile à la condition que les factures ne fassent pas l'objet de rejet de la part des financeurs.

Il ne doit donc pas subsister, pour les services d'investigation, de calcul des produits prenant en compte les mesures en cours d'exécution au 31 décembre de l'exercice.

11. Evaluations externes

Pour les établissements du secteur habilité, le coût de la mise en œuvre des évaluations externes est intégré à la tarification et donc à la charge des autorités de tarification.

Compte-tenu des impacts financiers, il est impératif d'estimer les coûts du dispositif afin de les répartir sur plusieurs exercices budgétaires.

La charge peut être imputée comptablement :

a) en section d'investissement - Compte 201 « Frais d'établissement » :

Ce sont les frais attachés à des opérations qui conditionnent l'existence, l'activité ou le développement de l'établissement, mais dont le montant ne peut pas être rapporté à des productions de biens ou de services déterminés.

Ils sont amortis dans un délai qui ne peut pas excéder cinq ans.

Lorsque leur valeur nette comptable est nulle, les frais d'établissements sont soldés systématiquement.

b) en section de fonctionnement – compte 617 « études et recherches » (cf. l'article 361-1 du PCG) :

Les frais d'évaluation inscrits au compte 617 sont enregistrés pour leur montant total au compte de résultat de l'exercice au cours duquel l'évaluation est réalisée. Ils ne peuvent pas être provisionnés car ils ne répondent pas à l'objet d'une provision.

Dans le contexte de rigueur budgétaire actuel, il est souhaitable de privilégier l'étalement de la dépense des évaluations effectuées afin de lisser la charge sur 5 années par le financement de l'amortissement lorsque le financement ne peut se faire par l'affectation du résultat excédentaire.

Sinon, lorsqu'un excédent est dégagé au compte administratif, la dépense relative aux évaluations de l'année sera enregistrée sur un seul exercice en classe 6 et sera financée par l'affectation du résultat.

Pour les établissements et services conjoints, il convient d'intégrer la charge prévisionnelle des évaluations externes des établissements et services gérés en tarification conjointe en fonction du poids de la PJJ par rapport à celui du CG. Cette estimation pourra être fixée sur l'activité constatée au CA, sur la moyenne des 3 dernières années ou sur un autre critère pertinent de suivi.

12. Fermeture provisoire

En cas de fermeture provisoire d'un établissement, la protection judiciaire de la jeunesse acceptera de reprendre le déficit généré par le paiement des salaires à la condition impérative que :

- l'association gestionnaire ait engagé la procédure de demande de chômage partiel auprès des instances représentatives du personnel puis auprès de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) dont l'établissement dépend.
- la DIRECCTE ait rejeté la demande de chômage partiel déposée par l'association gestionnaire en refusant d'indemniser les heures non travaillées.

13. Gratification des stagiaires dans le SAH

Le Décret n° 2014-1420 du 27 novembre 2014 relatif à l'encadrement des périodes de formation en milieu professionnel et des stages a été publié au JO le 30 novembre 2014. Ce décret modifie certaines dispositions relatives aux périodes de stages afin de prendre en compte la loi n°2014-788 du 10 juillet 2014 tendant au développement, à l'encadrement des stages et à l'amélioration du statut des stagiaires. Il fixe également le montant de la gratification pour les conventions qui seront conclues à compter du 1^{er} décembre 2014, ainsi que les mentions obligatoires devant figurer dans la convention de stage et celles du registre du personnel. Il prévoit également le remboursement des frais engagés par le stagiaire pour effectuer la période de formation en milieu professionnel ou le stage et des avantages offerts, le cas échéant, pour la restauration, l'hébergement et le transport. Ces dépenses seront prises en compte si l'établissement associatif prend en charge les frais de transport et de titres déjeuner pour l'ensemble de ses salariés dans le cadre d'un accord d'entreprise agréé en CNA.

Des dispositions transitoires prévoient que pendant un délai de deux ans suivant la date de publication de la loi n° 2014-788 du 10 juillet 2014 les formations énumérées ci-après peuvent déroger à la durée du stage définie à l'article L. 124-5 du code de l'éducation :

1° les formations préparant aux diplômes suivants :

- diplôme d'Etat d'assistant de service social,
- diplôme d'Etat de conseiller en économie sociale familiale,
- diplôme d'Etat d'éducateur de jeunes enfants,
- diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé,
- diplôme d'Etat d'éducateur technique spécialisé,

2° les formations préparant à un diplôme conférant le grade de master et qui permettent, dans le cadre d'une interruption volontaire et optionnelle du cursus, l'exercice d'activités en milieu professionnel destinées exclusivement à acquérir des compétences en cohérence avec les formations, d'une durée de plus de six mois. Dans ce cas, en complément de la convention de stage, l'établissement d'enseignement et l'étudiant concluent un contrat pédagogique.

14. Rappel en cas de rupture conventionnelle du contrat de travail

La rupture conventionnelle est un mode de rupture du contrat de travail, instaurée par la loi n° 2008-596 du 25 juin 2008 portant modernisation du marché du travail (articles L. 1237-11 à 16 du code du travail). Elle ne s'applique qu'au contrat à durée indéterminée.

Dès l'instant où la convention de rupture conventionnelle a été homologuée par la DIRECCTE, l'indemnité négociée devient opposable au tarificateur.

15. Formation des salariés du SAH dans le cadre du plan national de prévention contre la radicalisation

Dans le cadre du plan national de prévention contre la radicalisation, les actions de formation mises en œuvre par l'ENPJJ concernent à la fois les professionnels du service public et du secteur associatif habilité, exerçant aussi bien en placement qu'en milieu ouvert. La formation ainsi que les frais de déplacement des personnels du

SAH pourront être pris en charge par l'Etat le cas échéant. Des instructions complémentaires sur les modalités de mise en œuvre vous seront transmises ultérieurement.

Je vous demande de prendre toutes les dispositions nécessaires à la mise en œuvre de ces instructions.

*P/o La directrice de la protection judiciaire de la jeunesse,
L'adjoint à la directrice de la protection judiciaire de la jeunesse,*

Hugues TRANCHANT

Annexe 1

**Présentation des indicateurs applicables aux centres éducatifs fermés.
Protocole 155 du 4 juillet 2014 relatif au régime collectif de complémentaire santé**

Annexe 1 : présentation des indicateurs

libellé	domaine	données source	mode de calcul	objectif	interprétation/ remarques/ limites	% seuil
<p>1- taux d'occupation théorique</p> <p>indicateur principal</p>	activité	décisions judiciaires	<p>(Nombre de journées réalisées*100) / (nombre de places fixées dans l'arrêté d'habilitation¹ en vigueur *365)</p> <p>si ouverture ou fermeture définitive dans l'année, indiquer la somme des jours d'ouverture.</p> <p>¹. les arrêtés d'habilitation et d'autorisation doivent mentionner la même capacité. A défaut, l'association gestionnaire est invitée à faire mettre en conformité les deux arrêtés. En cas de différence de capacité entre ces 2 arrêtés, c'est l'arrêté d'habilitation qui doit être pris en compte pour le calcul de l'indicateur.</p>	Analyser l'activité réalisée en fonction de la capacité habilitée.	<p>Cet indicateur principal</p> <p>Cet indicateur doit être analysé au regard du taux d'occupation plancher fixé à 80% pour tous les CEF. Le % seuil n'est ici pas pertinent. Cet indicateur ne prend pas en compte le taux de réalisation de prescription des magistrats (et donc la capacité de l'établissement à accompagner le jeune dans la durée), ni le nombre de place mobilisables dans l'année.</p> <p>A analyser en lien avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le taux d'occupation opérationnelle - le taux de réalisation de prescription 	0%
<p>2- taux d'occupation opérationnelle</p> <p>indicateur secondaire</p>	activité	décisions judiciaires/ tableaux de suivi de l'activité annexe 4	<p>(Nombre de journées réalisées*100) / [(nombre de places fixées dans l'arrêté d'habilitation en vigueur *365) - nombre de journées chambres hors service]</p> <p>si ouverture ou fermeture définitive dans l'année, indiquer la somme des jours d'ouverture</p>	Analyser l'activité réalisée en fonction de la capacité mobilisable.	<p>Cet indicateur secondaire</p> <p>Cet indicateur doit être analysé au regard du taux d'occupation théorique. Le % seuil n'est ici pas pertinent. Cet indicateur permet de minorer ou de confirmer une sous activité théorique. Cet indicateur ne prend pas en compte le taux de réalisation de prescription des magistrats et donc la capacité de l'établissement à accompagner le jeune dans la durée</p> <p>A analyser en lien avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le taux d'occupation théorique - le taux de réalisation de prescription 	0%
<p>3- taux de réalisation de prescription</p> <p>indicateur secondaire</p>	activité	décisions judiciaires/ tableaux de suivi de l'activité annexe 4	<p>Formule : Taux d'occupation opérationnelle / taux de prescription des magistrats</p> <p>Détail du calcul : [((Nombre de journées réalisées*100) / [(nombre de places fixées dans l'arrêté d'habilitation en vigueur *365) - nombre de journées chambres hors service])] / [((nombre de journées prescrites par les magistrats*100) / (nombre de places*365))] *100</p> <p>si ouverture ou fermeture définitive dans l'année, indiquer la somme des jours d'ouverture</p>	Analyser la propension de l'établissement à accompagner les jeunes tout au long de la période prescrite.	<p>Cet indicateur secondaire ne peut se lire seul. Il doit obligatoirement être croisé avec le taux d'occupation opérationnelle pour qualifier celui-ci et permet de mesurer l'accompagnement du jeune dans la durée. Un fort taux d'occupation opérationnelle avec un taux de réalisation de prescription faible tend à démontrer que la structure n'arrive pas à accompagner durablement les jeunes qui lui sont confiés, que ce soit ou non de son fait. En revanche, un faible taux d'occupation opérationnelle avec un taux de réalisation de prescription élevé démontre que le service accompagne durablement le jeune mais dans des conditions sans doute facilitées notamment par un flux de placement réduit. Il faut dans ce cas analyser le nombre de jeunes suivis dans l'année pour confirmer ou infirmer cette hypothèse.</p> <p>A analyser en lien avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le taux d'occupation théorique et opérationnelle - le taux de réalisation de prescription - le nombre de jeunes suivis dans l'année 	7%
<p>4- nombre de jeunes suivis dans l'année</p> <p>indicateur secondaire</p>	activité	décisions judiciaires	nombre de jeunes présents au 31 décembre de l'année N + nombre de sorties dans l'année N	Evaluer le flux des placements.	<p>Cet indicateur secondaire ne peut se lire seul. Il doit obligatoirement être croisé avec les taux d'occupation théorique et opérationnelle et le taux de réalisation de prescription .Il indique un surcroit de charges de travail si tous les indicateurs d'activité sont positifs.</p> <p>A analyser en lien avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le taux d'occupation théorique, - le taux d'occupation opérationnelle, - le taux de réalisation de prescription 	10%
<p>5- prix de revient par journée réalisée</p> <p>indicateur principal</p>	ensemble du budget	Activité de l'établissement et du service / section d'exploitation	<p>Formule : (Classe 6 - recettes en atténuation) hors résultat N-2 / nombre journées réalisées.</p> <p>Détail du calcul : [total Classe 6 - (total Classe 7 - compte 732 (produits à la charge de l'Etat)] / nombre de journées réalisées</p> <p>Vérifier que le résultat N-2 a bien été retiré.</p>	Analyser le coût journalier en fonction de l'activité réalisée	<p>Limites de l'indicateur : dépend du niveau d'activité réalisée et des particularités spécifiées dans la fiche CEF (annexe 5)</p> <p>A analyser en lien avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le taux d'occupation opérationnelle - le prix de revient par journée théorique - la fiche CEF (annexe 5) 	5%

Annexe 1 : présentation des indicateurs

libellé	domaine	données source	mode de calcul	objectif	interprétation/ remarques/ limites	% seuil
<p>6- prix de revient théorique sur objectif plancher</p> <p>indicateur principal</p>	ensemble du budget	activité de l'établissement et du service / section d'exploitation	<p>Formule : (Classe 6 - recettes en atténuation) hors résultat N-2 / nombre de journées théoriques.</p> <p>Détail du calcul : [(total Classe 6 - [(total Classe 7 - compte 732 (produits à la charge de l'Etat)]) / (365*nombre de places en capacité théorique*0,80)]</p> <p>Vérifier que le résultat N-2 a bien été retiré (cf. voir arrêtés d'habilitation) si ouverture ou fermeture définitive dans l'année, indiquer la somme des jours d'ouverture</p>	Analyser le coût journalier par rapport à l'activité plancher attendue (80%).	<p>Cet indicateur principal ne prend pas en compte l'activité réalisée et permet une comparaison facilitée entre les établissements.</p> <p>A analyser en lien avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le taux d'occupation théorique, - le taux d'occupation opérationnelle, - le prix de revient par journée réalisée - la fiche CEF (annexe 5) 	5%
<p>7- dépenses afférentes à l'exploitation courante hors services extérieurs par journée réalisée</p> <p>indicateur principal</p>	frais de fonctionnement	GF1 en charges	Total Groupe I - [compte 6111 (Sous-traitance : prestations à caractère médical) + compte 6112 (sous-traitance à caractère médico-social)] / nombre de journées réalisées	Analyser les dépenses de frais de fonctionnement hors dépenses de sous traitance en fonction de l'activité réalisée.	<p>Cet indicateur principal dépend pour partie du niveau d'activité réalisée.</p> <p>A analyser en lien avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le nombre de jeunes suivis - la fiche CEF annexe 5 	10%
<p>8- montant des dépenses de personnel hors taxes et charges par place théorique</p> <p>indicateur principal</p>	frais de personnel	GF2 en charges et en produits	<p>Formule : (Total des dépenses du groupe II - les charges sociales et fiscales + les postes de sous traitances du groupe I - les remboursements de sécurité sociale et autres sur les dépenses de personnel) / nombre de places théoriques</p> <p>Détail du calcul : [compte 6111 (sous-traitance à caractère médical) + compte 6112 (sous-traitance à caractère médico-social)] + [Total Groupe II - [comptes 631 + 633 (impôts, taxes et vers. assimilés sur rémunérations) + (compte 645 (charges de sécurité sociale et de prévoyance) + compte 647 (autres charges sociales))] - [dans Groupe II des produits [comptes 6419 + 6429 (indemnités journalières) + 7541 (remboursements frais de formation)]] / nombre de places théoriques</p> <p>(cf. arrêté d'habilitation)</p>	Analyser les dépenses de personnel indépendamment de l'activité réalisée.	<p>Limites de l'indicateur : il ne prend pas en considération l'activité réalisée et les problèmes d'absentéisme ni la qualification et l'expérience des salariés du CEF</p> <p>A analyser en lien avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le taux d'occupation opérationnelle, - le taux d'absentéisme, - le pourcentage de travailleurs sociaux spécialisés dans l'équipe socio-éducative budgétée, - l'expérience des salariés. 	2%
<p>9- pourcentage de travailleurs sociaux spécialisés dans l'équipe socio-éducative budgétée au groupe II</p> <p>indicateur secondaire</p>	qualification de l'équipe	tableau des appointements	<p>[(Nombre d'ETP de travailleurs sociaux tout type de contrat sauf remplacement dont l'indice de base est égal ou supérieur à l'indice 434 pour les CEF affiliés à la CCNT 66 et 462 pour les CEF affiliés à la CCNT 51) / nombre d'ETP socio-éducatifs budgétés au groupe II (y compris contrat d'apprentissage)] *100</p>	Analyser le niveau de qualification de l'équipe.	<p>Cet indicateur secondaire ne peut se lire seul. Il doit obligatoirement être croisé avec l'expérience et le montant des dépenses de personnel. Il peut expliciter en partie un montant des dépenses de personnel élevé. Comme précisé dans la formule de calcul, sont pris en compte tous les personnels socio-éducatifs dont l'indice de base est égal ou supérieur à l'indice 434 pour les CEF affiliés à la CCNT 66 et 462 pour les CEF affiliés à la CCNT 51.</p> <p>A analyser en lien avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le montant des dépenses de personnel hors taxes et charges par place théorique - le taux d'absentéisme, - l'expérience des salariés. 	7%
<p>10- taux d'absentéisme</p> <p>indicateur secondaire</p>	stabilité de l'équipe	ressources humaines internes	<p>[Nombre de journées d'absence calendaires des salariés budgétés au groupe II (y compris samedi, dimanche) / [nombre d'ETP budgétés au groupe II *365]] *100.</p> <p>si ouverture ou fermeture définitive dans l'année, indiquer la somme des jours d'ouverture</p>	Analyser la stabilité de l'équipe.	<p>Cet indicateur secondaire ne peut se lire seul. Il doit obligatoirement être croisé avec le montant de dépenses de personnel. Il peut expliciter en partie un montant des dépenses de personnel élevé mais peut aussi être le reflet de problèmes structurels à résoudre. Il ne prend pas en compte la non-présence pendant les congés annuels, les formations, etc. Pour la définition des absences, il convient de se reporter à l'annexe 3 (tableau de recueil des données).</p> <p>A analyser en lien avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le taux d'occupation opérationnelle, - le montant des dépenses de personnel 	30%

Annexe 1 : présentation des indicateurs

libellé	domaine	données source	mode de calcul	objectif	interprétation/ remarques/ limites	% seuil
<p>11- taux de remplacement</p> <p><u>indicateur secondaire</u></p>	frais de personnel	ressources humaines internes	<p>[Nombre de journées de remplacement / [Nombre de journées d'absence calendaires des salariés budgétés au groupe II + nombre de journées d'absence calendaires des salariés remplaçants non budgétés au groupe II] *100</p>	Analyser le taux de remplacement des absences.	<p>Cet indicateur secondaire ne peut se lire seul. Il doit obligatoirement être croisé avec le taux d'absentisme et les taux d'occupation théorique et opérationnelle. Il ne prend pas en compte les remplacements des congés annuels, des formations, etc. ; ces derniers n'étant pas considérés comme des absences. Pour la définition des absences, il convient de se reporter à l'annexe 3 (tableau de recueil des données). Un fort taux de remplacement peut être justifié par des taux d'occupation théorique et opérationnelle élevés. En revanche un fort taux de remplacement avec des taux d'occupation théorique et opérationnelle faibles peut être le reflet d'une gestion à améliorer .</p> <p>A analyser en lien avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le taux d'absentéisme, - les taux d'occupation théorique et opérationnelle, - le montant des dépenses de personnel. 	0%
<p>12- expérience des travailleurs socio-éducatifs (en année)</p> <p><u>indicateur secondaire</u></p>	expérience des travailleurs socio éducatifs	tableau des appointements	<p>Somme de l'ancienneté dans l'emploi [1er janvier de l'année considérée - date d'entrée dans l'emploi] de chaque travailleur socio-éducatif budgété au groupe II (hors chef de service, surveillant de nuit, cuisinier et maîtresse de maison) / nombre d'ETP socio éducatifs budgétés au groupe II</p>	Analyser l'expérience des travailleurs socio-éducatifs budgétés au groupe II	<p>Cet indicateur secondaire ne peut se lire seul. Il doit obligatoirement être croisé avec le montant des dépenses de personnel. Il peut expliciter en partie un montant des dépenses de personnel élevé. L'ancienneté dans l'emploi doit se comprendre comme l'ancienneté dans la fonction quelle que soit la structure.</p> <p>A analyser en lien avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le montant des dépenses de personnel 	0%
<p>13- coût des locaux par place en capacité théorique</p> <p><u>indicateur principal</u></p>	frais de structure	GF3 + tableau amortissements 4.3.1 + tableau emprunts en cours 4.3.2	<p>Formule : (Amortissement immobilier + Intérêts d'emprunt pour achat immobilier + loyers + charges locatives + taxe foncière + entretien et réparation sur bien immobilier + maintenance) / nombre de places théoriques</p> <p>Détail du calcul : [compte 2813 (amortissement construction sur sol propre) + compte 2814 (amortissement construction sur sol d'autrui) + Montant des intérêts de l'année N de l'achat immobilier (cf. tableau des emprunts) + compte 6132 (locations immobilières) + compte 614 (charges locatives et de copropriété + compte 635 (taxes foncières et autres taxes relatives à l'immobilier) + compte 6152 (entretien et réparation sur biens immobiliers) + compte 6156 (maintenance)] / nombre de places théoriques. (cf. arrêté d'habilitation)</p>	Analyser les coûts de la structure immobilière	<p>Cet indicateur principal dépend de la localisation du bien et du statut d'occupation des locaux (locataire, propriétaire en propre, ou propriété de l'Etat, commodat).</p> <p>A analyser en lien avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la fiche CEF (annexe 5) 	15%

Annexe 2

Modèle de Fiche FRISBI

ANNEXE 2	FRISBI 20XX	STRUCTURE :		DRPJJ		Postes JE	
20XX	20XX	VILLE :		DEPT		Nbre JE	
1 FONCTION (1)		Code DPJJ :		Estimé		Réservé AC	0

(1) SIE / ES / IOE / REP / AEMO / CPFSE / CSP / MECS / FOYER / CHD / CER / CPI / CEF / ADH / LVA / MA

(2) 1966 / 1951 / Autre

CAPACITE	BP 20XX	CA proposé 20XX	CA retenu 20XX	Ecart
Théorique				0
Installée				0
Budgétaire				0
Taux d'occupation	0,00%	0,00%	0,00%	

CCNT (2)

PERSONNEL	BP 20XX	CA proposé 20XX	CA retenu 20XX	Ecart
Effectif en ETP				
Direction				0,00
CSE Chef de service				0,00
Administratif				0,00
Travailleur social				0,00
Enseignement				0,00
Psychologue				0,00
Para-médical				0,00
Médical				0,00
Service général				0,00
Autres				0,00
TOTAL	0,00	0,00	0,00	0,00
Assist mater.				0,00

Nbre de points				0,00%
Valeur du point				0,00%
Taux de charges				0,00%
Charges rémunération	0	0	0	0,00%
% groupe II	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

SOUS COMPTES	BP 20XX	CA proposé 20XX	CA retenu 20XX
10682 - Réserves Excédent affecté à l'investissement	0,00	0,00	0,00
10685 - Réserve de trésorerie	0,00	0,00	0,00
10686 - Réserve de compensation	0,00	0,00	0,00
141 - Provisions réglementées Réserve de trésorerie	0,00	0,00	0,00
15 - Provisions pour risques et charges	0,00	0,00	0,00
6815 - Provisions	0,00	0,00	0,00
6874 - Dotation réserve de trésorerie	0,00	0,00	0,00

RESULTAT	BP 20XX	CA proposé 20XX	CA retenu 20XX
CLASSE VI	0,00	0,00	0,00
CLASSE VII	0,00	0,00	0,00
Charges d'exploitation	0,00	0,00	0,00
RESULTAT DE L'EXERCICE		0,00	0,00
REPRISE DE RESULTAT			
TOTAL CHARGES	0,00	0,00	0,00
RESULTAT EN ATTENTE			
RESULTAT A AFFECTER		0,00	0,00

OBSERVATIONS :

G1 Dépenses afférentes à l'exploitation courante	BP 20XX	CA proposé 20XX	CA retenu 20XX	Ecart
60 - Achats				0,00%
611 - Sous traitance générale				0,00%
624 - Transport de biens, d'usagers et transports collectifs du personnel				0,00%
625 - Déplacements, missions et réceptions				0,00%
626 - Frais postaux et frais de télécommunications				0,00%
628 - Autres prestations de services				0,00%
709 - Rabais, remises, ristournes accordés par l'établissement				0,00%
713 - Variations des stocks, en cours de production, produits (en dépenses)				0,00%
TOTAL	0,00	0,00	0,00	0,00%

G2 Dépenses afférentes au personnel	BP 20XX	CA proposé 20XX	CA retenu 20XX	Ecart
621 - Personnel extérieur à l'établissement				0,00%
622 - Rémunérations d'intermédiaires et honoraires				0,00%
631 - Impôts, Taxes et vers. ass. sur rémunérations (adm. des impôts)				0,00%
633 - Impôts, Taxes et vers. ass. sur rémunérations (Autres organismes)				0,00%
64 - Charges de personnel				0,00%
TOTAL	0,00	0,00	0,00	0,00%

G3 Dépenses afférentes à la structure	BP 20XX	CA proposé 20XX	CA retenu 20XX	Ecart
61 - Sauf cpte 611 Services extérieurs				0,00%
623 - Informations, Publications, relations publiques				0,00%
627 - Services bancaires et assimilés				0,00%
635 - Autres impôts, Taxes et versements ass. (Administrations des impôts)				0,00%
637 - Autres impôts, Taxes et versements ass. (Autres organismes)				0,00%
65 - Autres charges de gestion				0,00%
66 - Charges financières				0,00%
67 - Charges exceptionnelles				0,00%
68 - Dotations aux Amortissements et Provisions				0,00%
TOTAL	0,00	0,00	0,00	0,00%

G1 Produits de la Tarification	BP 20XX	CA proposé 20XX	CA retenu 20XX	Ecart
731 - Produits de la tarification				0,00%

G2 Autres produits relatifs à l'exploitation	BP 20XX	CA proposé 20XX	CA retenu 20XX	Ecart
70 - Produits				0,00%
71 - Production stockée (ou destockage)				0,00%
72 - Production immobilisée				0,00%
74 - Subventions d'exploitation				0,00%
75 - Autres produits de gestion courante				0,00%
603 - Variation des stocks (en recettes)				0,00%
609-619-629 - Rabais remises ristournes obtenus sur, achats, services extérieurs, autres services extérieurs				0,00%
6419 (Remboursements sur rémunérations du personnel non médical) - 6429 (Remboursements sur rémunérations du personnel médical) - 6489 (Fonds de compensation des cessations anticipées d'activité)				0,00%
6611 - Intérêts des emprunts et dettes (en recettes)				0,00%
TOTAL	0,00	0,00	0,00	0,00%

G3 Produits financiers et produits non encaissables	BP 20XX	CA proposé 20XX	CA retenu 20XX	Ecart
76 - Produits financiers				0,00%
77 - Produits exceptionnels				0,00%
78 - Reprises sur amortissements et provisions				0,00%
79 - Transferts de charges				0,00%
TOTAL	0,00	0,00	0,00	0,00%

COUT	BP 20XX	CA proposé 20XX	CA retenu 20XX	Ecart
de revient unitaire	0,00	0,00	0,00	0,00%
de journée, de l'acte	0,00	0,00	0,00	0,00%

Annexe 3

Modèle de Fiche de mouvement de postes

Annexe 4

Avenant 328 du 1^{er} septembre 2014 relatif au régime collectif de complémentaire santé

Protocole 155 du 4 juillet 2014 relatif au régime collectif de complémentaire santé

Avenant 328 du 1er septembre 2014
RÉGIME COLLECTIF DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE TRAVAIL DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES
POUR PERSONNES INADAPTEES ET HANDICAPEES DU 15 MARS 1966

ENTRE **FEDERATION NATIONALE DES ASSOCIATIONS GESTIONNAIRES AU SERVICE DES
PERSONNES HANDICAPEES ET FRAGILES (FEGAPEI)**
14 rue de la Tombe-Issoire - 75014 PARIS

**SYNDICAT des employeurs associatifs de l'action sociale et médico-sociale
(SYNEAS)**
3 rue au Maire - 75003 PARIS

D'une part,

ET

FEDERATION DES SERVICES DE SANTE ET SOCIAUX (CFDT)
47/49, avenue Simon Bolivar - 75950 PARIS CEDEX 19

FEDERATION DES SYNDICATS SANTE ET SOCIAUX (CFTC)
34 quai de la Loire 75019 PARIS

**FEDERATION FRANCAISE DE LA SANTE, DE LA MEDECINE ET DE L'ACTION SOCIALE
(CFE - CGC)**
39 rue Victor Massé - 75009 PARIS

FEDERATION DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE (CGT)
Case 538 - 93515 MONTREUIL CEDEX

FEDERATION NATIONALE DE L'ACTION SOCIALE (CGT-FO)
7 passage Tencaille - 75014 PARIS

FEDERATION NATIONALE SUD SANTE SOCIAUX (SUD)
70, rue Philippe-de-Girard - 75018 Paris

D'autre part,

Handwritten signatures and initials:
JK
AS JPF MS
Am Ceh

Préambule

Conformément à la loi n° 2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 les partenaires sociaux se sont réunis afin d'envisager l'instauration d'un régime national de complémentaire santé.

Conscients de la nécessité de bénéficier d'une couverture complémentaire santé plus avantageuse que les dispositions réglementaires, les partenaires sociaux se sont réunis, à la suite d'une procédure de mise en concurrence, avec les organismes assureurs recommandés, afin de permettre la mise en place d'un régime mutualisé pour les salariés relevant de la convention collective du 15 mars 1966.

Les partenaires sociaux ont également eu à l'esprit la nécessité, pour les salariés, comme pour les entreprises :

- de bénéficier d'un régime mutualisé,
- de permettre la pérennité d'un régime de complémentaire santé,
- et de prévoir le mécanisme de portabilité des droits instaurée par la loi relative à la sécurisation de l'emploi.

En conséquence de quoi, il a été conclu le présent avenant qui complète les dispositions permanentes de la Convention Collective Nationale du 15 mars 1966 par la création d'un article 43 intitulé « Régime de complémentaire santé », reprenant les articles 1 à 4 du présent avenant.

Le présent avenant prévoit un régime de base conventionnel qui constitue un socle que les partenaires sociaux considèrent comme minimal ne remettant pas en cause les régimes d'entreprise plus favorables passés ou futurs.

Article 1 – Objet

Le présent avenant a pour objet l'organisation au niveau national, au bénéfice des salariés visés à l'article 3.1, d'un régime de complémentaire santé permettant le remboursement de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, en complément d'un régime de base de la sécurité sociale.

Les partenaires sociaux ont souhaité garantir l'efficacité de ce régime en recommandant cinq organismes assureurs, choisis au terme d'une procédure transparente de mise en concurrence, pour assurer la couverture des garanties de complémentaire santé.

Cette recommandation se traduit par la conclusion de contrats de garanties collectives identiques auprès des cinq assureurs choisis. Le dispositif contractuel est également complété par le protocole technique et financier et le protocole de gestion administrative communs aux organismes assureurs, conclus dans les mêmes conditions. Les modalités de gestion sont précisées dans le contrat d'assurance collective.

Article 2 - Champ d'application

Le présent avenant s'applique aux entreprises relevant du champ d'application professionnel de la convention collective du 15 mars 1966 (convention collective nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées).

Il s'applique aux salariés de la convention collective du 15 mars 1966 visés à l'article 3.

BK
CCG d'IF
mes As An

Article 3 - Mise en place d'un régime de complémentaire santé

Article 3.1 – Adhésion du salarié

1) Définition des bénéficiaires

Le régime de complémentaire santé bénéficie à l'ensemble des salariés titulaires d'un contrat de travail ou d'un contrat d'apprentissage, ayant une ancienneté au sein de l'entreprise d'au moins 3 mois.

2) Suspension du contrat de travail

a) cas de maintien du bénéfice du régime

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires (notamment en cas de maladie ou d'accident, d'origine professionnelle ou non professionnelle).

Le bénéfice du régime de complémentaire santé est également maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour l'une des causes suivantes :

- exercice du droit de grève,
- congés de solidarité familiale et de soutien familial,
- congé non rémunéré qui n'excède pas un mois continu,

L'employeur verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisations.

b) autres cas de suspension

Dans les autres cas de suspension comme par exemple pour congés sans solde (notamment congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise) les salariés ne bénéficieront pas du maintien du bénéfice du régime de complémentaire santé.

Les salariés pourront toutefois continuer à adhérer au régime pendant la période de suspension de leur contrat de travail sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale).

La cotisation afférente aux garanties précitées est réglée directement par le salarié auprès de l'organisme assureur.

Les salariés concernés pourront néanmoins bénéficier d'une prise en charge éventuelle de la cotisation susvisée dans le cadre des mesures d'action sociale mises en place au titre du 2) de l'article 3.4. du présent avenant.

3) Caractère obligatoire de l'adhésion

L'adhésion des salariés au régime de complémentaire santé est obligatoire.

Les salariés suivants auront toutefois la faculté de refuser leur adhésion au régime :

- a) les salariés sous contrat à durée déterminée et les apprentis sous contrat à durée déterminée, dès lors qu'ils produisent tout document justifiant d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- b) les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter, au titre de l'ensemble des garanties de protection sociale complémentaire, de cotisations au moins égales à 10 % de leur rémunération brute. L'intervention du fonds d'action sociale, prévue au paragraphe 2) à l'article 3.4, pourra être sollicitée pour une prise en charge totale ou partielle de la cotisation de ces salariés.

Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur, leur dispense d'adhésion au régime de complémentaire santé et produire tout justificatif requis. Cette demande de dispense devra être formulée, pour les CDD et les apprentis et pour les salariés à temps partiel dans les 30 jours suivant la date d'embauche. A défaut d'écrit et/ou de justificatif adressé à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

- c) les salariés qui sont bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé prévue à l'article L.863-1 du Code de la sécurité sociale ou de la couverture maladie universelle complémentaire prévue à l'article L.861-3 du Code de la sécurité sociale, sous réserve de produire tout document utile.

Cette dispense peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide.

Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur, leur dispense d'adhésion au régime de complémentaire santé et produire tout justificatif requis. A défaut d'écrit et de justificatif adressé à l'employeur dans les 30 jours suivant leur embauche, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

- d) les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties prévues par le présent avenant ou de l'embauche si elle est postérieure. Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel.

Les salariés concernés par ce cas de dispense devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur, leur refus d'adhérer au régime de complémentaire santé dans le délai de 30 jours suivant leur embauche ou la mise en place du présent régime, accompagné des justificatifs requis. À défaut, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

- e) les salariés bénéficiant, en qualité d'ayants droit ou à titre personnel dans le cadre d'un autre emploi, d'une couverture collective de remboursement de frais de santé servie dans le cadre d'un dispositif de prévoyance complémentaire remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L.242-1 du Code de la sécurité sociale.

Il est précisé que cette dispense, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, ne joue

que si le régime du conjoint prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire.

Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur leur dispense d'adhésion au régime de remboursement de frais de santé et produire les justificatifs requis dans les 30 jours suivant la date d'embauche. A défaut d'écrit et de justificatif adressé à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

S'agissant des entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des organismes assureurs recommandés :

- elles devront en tout état de cause prévoir la mise en œuvre de ces dispenses d'adhésion ;
- en cas de formalisation de leur régime par décision unilatérale, la mise en œuvre du caractère obligatoire de l'adhésion et des dispenses s'entend, sans préjudice de l'application, aux salariés concernés qui le souhaitent, des dispositions de l'article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989. Ce dernier article fait obstacle à ce que les salariés employés par l'entreprise lors de la mise en place par voie de décision unilatérale de l'employeur d'un système de garanties collectif soient contraints de cotiser contre leur gré à ce système.

Article 3.2 – Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail

1) Mutualisation de la portabilité de la couverture en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage

L'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale permet aux salariés de bénéficier, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, d'un maintien des régimes de prévoyance complémentaire dont ils bénéficiaient au sein de l'entreprise, en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le droit à la portabilité est subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées par les dispositions légales et les éventuelles dispositions réglementaires prises pour leur application.

La durée de la portabilité est égale à la durée du dernier contrat de travail, ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois entiers le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite de douze mois de couverture.

Ce maintien de garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime de complémentaire santé des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation supplémentaire à ce titre.

2) Maintien de la couverture de complémentaire santé en application de l'article 4 de la loi Evin

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », la couverture de complémentaire santé sera maintenue par l'organisme assureur, dans le cadre d'un nouveau contrat :

- au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période de portabilité dont ils bénéficient ;
- au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

L'obligation de proposer le maintien de la couverture de complémentaire santé à ces anciens salariés (ou à leurs ayants droit) dans le cadre de l'application de l'article 4 de la « loi Evin » incombe à l'organisme assureur, et l'employeur n'intervient pas dans le financement de cette couverture.

Les modalités de suivi de la portabilité en cas de rupture du contrat de travail et dans le cadre de la dite « loi Evin » sont précisées dans le cadre du protocole de gestion administrative.

Article 3.3 – Financement

1) Structure de la cotisation

Les salariés acquittent obligatoirement la cotisation « salarié isolé ».

Parallèlement à leur couverture obligatoire, les salariés ont la possibilité de couvrir leurs ayants droit (enfant(s) et/ou conjoint) tels que définis par le contrat d'assurance national souscrit avec les assureurs recommandés ou par le contrat d'assurance souscrit par l'entreprise, pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre du régime.

La cotisation supplémentaire servant au financement de la couverture facultative des ayants droits, ainsi que ses éventuelles évolutions ultérieures, sont à la charge exclusive du salarié.

2) Assiette de la cotisation

Les cotisations servant au financement du régime de complémentaire santé sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Pour information, le plafond mensuel de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2014, à 3 129 €. Il est modifié par voie réglementaire.

3) Taux et répartition des cotisations

La cotisation « salarié isolé » est financée à 50 % par le salarié et 50 % par l'employeur.
La cotisation ci-dessus définie et les cotisations « enfants » et « conjoint » facultatives sont fixées dans les conditions suivantes dans le cadre des contrats souscrits avec les organismes assureurs recommandés :

Salariés relevant du régime général de la sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole

	Cotisation salariale	Cotisation patronale	Cotisation globale
Salarié isolé (obligatoire)	0,74 % du PMSS	0,74 % du PMSS	1,48 % du PMSS
Par Enfant (facultatif - gratuité à compter du 3 ^{ème} enfant)	0,73 % du PMSS	-	0,73 % du PMSS
Conjoint (facultatif)	1,61 % du PMSS	-	1,61 % du PMSS

Salariés relevant du régime de sécurité sociale d'Alsace-Moselle

	Cotisation salariale	Cotisation patronale	Cotisation globale
Salarié isolé (obligatoire)	0,52 % du PMSS	0,52 % du PMSS	1,04 % du PMSS
Par Enfant (facultatif - gratuité à compter du 3 ^{ème} enfant)	0,51 % du PMSS	-	0,51 % du PMSS
Conjoint (facultatif)	1,13 % du PMSS	-	1,13 % du PMSS

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des organismes assureurs recommandés devront en tout état de cause respecter une prise en charge à hauteur de 50 % de la cotisation globale correspondant à la couverture obligatoire (du salarié et le cas échéant de ses ayants droits) mise en place par l'entreprise.

Article 3.4 – Prestations

1) Tableau des garanties

Le régime de complémentaire santé est établi dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits responsables par référence aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la sécurité sociale.

Le tableau résumant le niveau des garanties minimales prévu dans le cadre des contrats souscrits avec les organismes assureurs recommandés, joint en annexe, est établi sous réserve des évolutions réglementaires liées aux réformes des contrats responsables pouvant intervenir postérieurement à la conclusion du présent avenant. Dans cette hypothèse, le niveau de garanties et/ou le taux de la cotisation seront modifiés par accord entre la Commission Nationale Paritaire de Négociation et les assureurs recommandés.

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des organismes assureurs recommandés devront en tout état de cause respecter les mêmes niveaux de garanties minimales, acte par acte.

2) Actions sociales

Les entreprises devront, même en dehors du cadre de la recommandation, mettre en œuvre des mesures d'action sociale définies par une liste établie par la Commission Nationale Paritaire de Négociation.

Article 3.5- Suivi du régime de complémentaire santé

Le régime de complémentaire santé est administré par la Commission Nationale Paritaire Technique de Prévoyance, par délégation de la Commission Nationale Paritaire de Négociation, dont sont membres les organisations d'employeurs et de salariés représentatives signataires ou adhérentes de la CCNT 66.

Les organismes assureurs recommandés communiquent chaque année les documents, rapports financiers et analyses commentées nécessaires aux travaux de la commission, au plus tard le 1^{er} juin suivant la clôture de l'exercice.

Les conditions de suivi technique du régime sont précisées par les dispositions du protocole de gestion administrative.

En fonction de l'équilibre financier du régime et des évolutions législatives et réglementaires, après présentation des comptes par les organismes assureurs, le tableau de garanties et/ou la cotisation pourront faire l'objet d'un ajustement négocié par la CNPN.

Article 3.6 – Organismes assureurs recommandés

Les partenaires sociaux ont choisi de recommander aux entreprises couvertes par le champ d'application du présent avenant, pour assurer la couverture des garanties « frais de santé » prévues par la convention collective, les organismes assureurs suivants :

- **AG2R Prévoyance**, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, Membre d'AG2R LA MONDIALE, double agrément du ministère du travail et du ministère de l'agriculture (numéro d'agrément ministère 942) - 35 boulevard BRUNE, 75680 PARIS CEDEX 14
- **Le groupement de coassurance mutualiste** composé de :
 - o **CHORUM**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°784 621 419 - Siège social : 56 / 60 rue Nationale, 75013 PARIS
 - o **ADREA MUTUELLE**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°311 799 878 - Siège social : 104 avenue Maréchal de Saxe, 69003 Lyon
 - o **APREVA**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°775 627 391 - Siège social : 20 boulevard Papin, BP 1173, 59012 LILLE CEDEX
 - o **EOVI MCD**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°317 442 176 - Siège social : 25 route de Monfavet, BP 2034, 84023 AVIGNON CEDEX 1

Cey
BL HLB
CA JJP Ms

- o **HARMONIE MUTUELLE**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°538 518 473 - Siège social : 143, rue Blomet, 75015 PARIS
- o **OCIANE**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°434 243 085 - Siège social : 8 terrasse du Front du Médoc, 33054 BORDEAUX CEDEX
- **KLESIA**, institution de prévoyance créée dans le cadre des dispositions de l'article L.931-1 du titre II du livre IX du code de la sécurité sociale et autres dispositions subséquentes - 4 rue Marie-Georges Picquart, 75017 PARIS
- **MALAKOFF-MEDERIC**, institution de prévoyance, régie par les dispositions du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale et autorisée par arrêtés ministériels des 8 avril 1938 et 4 août 1947 - 21 rue Laffitte 75317 PARIS CEDEX 9
- **MUTUELLE INTEGRANCE**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°340 359 900. - Siège social : 89 rue Damrémont - 75882 PARIS CEDEX 18

Les modalités d'organisation de la recommandation sont réexaminées par les partenaires sociaux, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-1 du Code de la sécurité sociale, dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent avenant. À cette fin, les parties signataires se réuniront au plus tard 6 mois avant l'échéance.

Les parties ont la possibilité de remettre en cause le(s) contrat(s) d'assurance souscrit(s) avec les organismes recommandés avant le 31 décembre de chaque année sous réserve du respect d'un préavis de deux mois avant l'échéance.

Les négociateurs du présent avenant souhaitent favoriser, au sein de l'entreprise, un choix paritaire de l'organisme assureur.

ARTICLE 4 – Effet et durée

Le présent avenant prendra effet le 1^{er} janvier 2015 sous réserve de son agrément ministériel, conformément à l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles. En tout état de cause, les entreprises disposeront d'une période transitoire jusqu'au 1^{er} janvier 2016 pour se mettre en conformité avec les obligations prévues par le présent avenant.

Il est conclu pour une durée indéterminée.

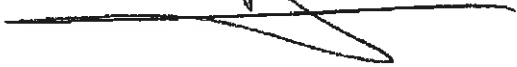
ML
HCS
CCG
JNF
Mis
OS

Fait à Paris, le 1^{er} septembre 2014

**ORGANISATIONS SYNDICALES
DE SALARIES**

LA FEDERATION NATIONALE DES SERVICES
SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX (CFDT)

B. Cognigni



LA FEDERATION DES SYNDICATS SANTÉ
ET SOCIAUX (CFTC)

J. Fourin

LA FEDERATION DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION
SOCIALE (CGT)

Charles Boutanger

LA FEDERATION NATIONALE DE L'ACTION SOCIALE
(CGT-FO)

LA FEDERATION FRANÇAISE DE LA SANTÉ, DE LA
MÉDECINE ET DE L'ACTION SOCIALE (CFE-CGC)

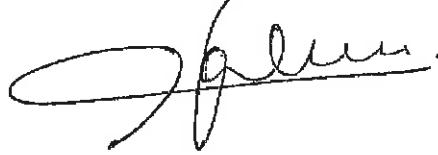
MC BATTENX



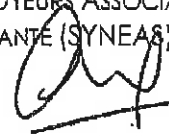
LA FEDERATION NATIONALE SUD SANTÉ SOCIAUX (SUD)

**ORGANISATIONS SYNDICALES
D'EMPLOYEURS**

LA FEDERATION NATIONALE DES ASSOCIATIONS
GESTIONNAIRES AU SERVICE DES PERSONNES
HANDICAPEES ET FRAGILES (FEGAPEI)



LE SYNDICAT DES EMPLOYEURS ASSOCIATIFS DE
L'ACTION SOCIALE ET SANTÉ (SYNEAS)



M
JAF
CCN
MCS
CS
BZ

Annexe – Garanties collectives « frais de santé »

TABLEAU DE GARANTIES CCN66	
Remboursement total dans la limite des Frais Réels inclus remboursement Sécurité sociale (sauf pour les forfaits)	
GARANTIES BASES CONVENTIONNELLES	Base
FRAIS D'HOSPITALISATION	
Chirurgie- Hospitalisation Conventionné	200% BR
Forfait Hospitalier	100% BR
Chambre particulière par jour: Conventionné	100% BR
Personne accompagnante: Conventionné	limite à 2% PMSS 100% BR limite à 1,5% PMSS
FRAIS MEDICAUX	
Consultation - visites : Généralistes	100% BR
Consultation - visites : Spécialistes	180% BR
Médecine douce (acupuncture, ostéopathie, chiropractie, psychomotricien, diététicien)	aucun
Pharmacie	100% BR
Analyses	100% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie)	150% BR
Radiologie	125% BR
Orthopédie et autres prothèses	200% BR
prothèses auditives	20% PMSS par oreille (maxi 2 oreilles par an)
Transport accepté par la Ss	100% BR
DENTAIRE	
Soins dentaires	100% BR
Orthodontie :	
	Acceptée par la SS 300% BR
	Refusée par la SS 250% BR
<u>Prothèses dentaires</u> : 3 prothèses maximum par an et par bénéficiaire, et au-delà, la garantie au panier de soins	
Remboursées par la Ss : dents du sourire (incisives, canines, prémolaires)	250% BR
Remboursées par la Ss : dents de fond de bouche	220% BR
Inlays-core	150% BR
Prothèses dentaires non remboursées par la SS	7% PMSS
Implantologie	20% PMSS
Frais d'optique, Pour les mineurs : verres + monture et lentilles, par bénéficiaire tous les ans, Pour les adultes : verres + monture tous les 2 ans par bénéficiaire* et lentilles tous les ans par bénéficiaire	
Verres	Grille optique
lentilles prescrites (acceptées, refusées, jetables)	3% PMSS
Chirurgie réfractive	22% PMSS
Monture adulte	Grille optique
Monture enfant	Grille optique
ACTES DE PREVENTION	
Tous les actes des contrats responsables	100% TM
ACTES DIVERS	
Cures thermales acceptées par la Ss	100% BR

* En cas d'évolution de la vue la période est réduite à un an

413 Ms
ccn JTF ES DL

Grille optique : Pour les verres, les remboursements sont exprimés par verre.

Type de Verres	Enfants < 18 ans				Adultes			
	Code IPP	IPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass	Code IPP	IPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass
Verres Simple Foyer, Sphérique								
sphère de -6 à +6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	55,00 €	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	75,00 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68 €	16,01 €	75,00 €	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	2,47 €	100,00 €
sphère < -10 ou > +10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	95,00 €	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	125,00 €
Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques								
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	65,00 €	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	85,00 €
cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	85,00 €	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	110,00 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	105,00 €	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	135,00 €
cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	125,00 €	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	150,00 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques								
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	115,00 €	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	160,00 €
sphère < -4 ou > +4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	135,00 €	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	175,00 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques								
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	145,00 €	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	180,00 €
sphère < -8 ou > +8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	165,00 €	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	200,00 €
Monofr	2210546	30,49 €	18,29 €	90,00 €	2223342	2,84 €	1,70 €	130,00 €

MIB
CC4 JPP DL
Am

Régimes optionnels

TABLEAU DE GARANTIES C0N66

Remboursement total dans la limite des Frais Réels Inclus remboursement Sécurité sociale (sauf pour les forfaits)

GARANTIES BASES CONVENTIONNELLES	Base	Base + Option 1	BASE + Option 2
FRAIS D'HOSPITALISATION			
Chirurgie- Hospitalisation Conventionné	200% BR	200% BR	300% BR
Forfait Hospitalier	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière par jour: Conventionné	100% FR limité à 2% PMSS	100% FR limité à 2% PMSS	100% FR limité à 3% PMSS
Personne accompagnante: Conventionné	100% FR limité à 1,5% PMSS	100% FR limité à 1,5% PMSS	100% FR limité à 3% PMSS
FRAIS MEDICAUX			
Consultation - visites : Généralistes	100% BR	100% BR	100% BR
Consultation - visites : Spécialistes	180% BR	180% BR	200% BR
Médecine douce (acupuncture, ostéopathie, chiropractie, psychomotricien, diététicien)	aucun	25€/séance dans la limite de 4 séances par an/bénéficiaire	25€/séance dans la limite de 4 séances par an/bénéficiaire
Pharmacie	100% BR	100% BR	100% BR
Analyses	100% BR	100% BR	100% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	100% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie)	150% BR	150% BR	150% BR
Radlologie	125% BR	125% BR	150% BR
Orthopédie et autres prothèses	200% BR	200% BR	200% BR
prothèses auditives	20% PMSS par oreille (maxi 2 oreilles par an)	20% PMSS par oreille (maxi 2 oreilles par an)	45% PMSS par oreille (maxi 2 oreilles par an)
Transport accepté par la Ss	100% BR	100% BR	100% BR
DENTAIRE			
Soins dentaires	100% BR	100% BR	100% BR
Orthodontie :			
Acceptée par la SS	300% BR	300% BR	350% BR
Refusée par la SS	250% BR	250% BR	250% BR
Prothèses dentaires : 3 prothèses maximum par an et par bénéficiaire, et au-delà, la garantie au panier de soins			
Remboursées par la Ss : dents du sourire (incisives, canines, prémolaires)	250% BR	325% BR	450% BR
Remboursées par la Ss : dents de fond de bouche	220% BR	250% BR	350% BR
Inlays-core	150% BR	200% BR	200% BR
Prothèses dentaires non remboursées par la SS	7% PMSS	7% PMSS	10% PMSS
Implantologie	20% PMSS	22% PMSS	25% PMSS
Frais d'optique : Pour les mineurs : verres + monture et lentilles, par bénéficiaire tous les ans. Pour les adultes : verres + monture tous les 2 ans par bénéficiaire et lentilles tous les ans par bénéficiaire			
Verres	Grille optique 1	Grille optique 1	Grille optique 2
lentilles prescrites (acceptées, refusées, jetables)	3% PMSS	3% PMSS	6,5% PMSS
Chirurgie réfractive	22% PMSS	22% PMSS	25% PMSS
Monture adulte	Grille optique 1	Grille optique 1	Grille optique 2
Monture enfant	Grille optique 1	Grille optique 1	Grille optique 2
ACTES DE PREVENTION			
Tous les actes des contrats responsables	100% TM	100% TM	100% TM
ACTES DIVERS			
Cures thermales acceptées par la Ss	100% BR	100% BR	100% BR

* En cas d'évolution de la vue la période est réduite à un an

MIS Am
CCN JAF EA BC

Grilles optiques : Pour les verres, les remboursements sont exprimés par verre.

Grille n°1		Enfants < 18 ans			Adultes			
Type de Verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass.	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass.
Verres Simple Foyer, Sphérique								
sphère de -6 à +6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	55,00 €	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	75,00 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68 €	16,01 €	75,00 €	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	2,47 €	100,00 €
sphère < -10 ou >+10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	95,00 €	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	125,00 €
Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques								
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	65,00 €	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	85,00 €
cylindre < +4 sphère < -6 ou >+6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	85,00 €	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	110,00 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	105,00 €	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	135,00 €
cylindre > +4 sphère < -6 ou >+6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	125,00 €	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	150,00 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques								
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	115,00 €	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	160,00 €
sphère < -4 ou >+4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	135,00 €	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	175,00 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques								
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	145,00 €	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	180,00 €
sphère < -8 ou >+8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	165,00 €	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	200,00 €
Monture	2210546	30,49 €	18,29 €	90,00 €	2223342	2,84 €	1,70 €	130,00 €
Grille n°2		Enfants < 18 ans			Adultes			
Type de Verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass.	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass.
Verres Simple Foyer, Sphérique								
sphère de -6 à +6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	60,00 €	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	90,00 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68 €	16,01 €	80,00 €	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	2,47 €	110,00 €
sphère < -10 ou >+10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	100,00 €	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	130,00 €
Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques								
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	70,00 €	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	100,00 €
cylindre < +4 sphère < -6 ou >+6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	90,00 €	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	120,00 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	110,00 €	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	140,00 €
cylindre > +4 sphère < -6 ou >+6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	130,00 €	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	160,00 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques								
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	120,00 €	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	180,00 €
sphère < -4 ou >+4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	140,00 €	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	200,00 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques								
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	150,00 €	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	210,00 €
sphère < -8 ou >+8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	170,00 €	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	230,00 €
Monture	2210546	30,49 €	18,29 €	100,00 €	2223342	2,84 €	1,70 €	150,00 €

MC9
CC4 JHF MV M

Cotisations

Taux exprimés en %PMSS		Régime général			Régime Local		
		Salarié	Conjoint	Enfant	Salarié	Conjoint	Enfant
	Base	1,48%	1,61%	0,73%	1,04%	1,13%	0,51%
Obligatoire non salarié	Option 1	0,32%	0,32%	0,16%	0,32%	0,32%	0,16%
	Option 2	0,67%	0,67%	0,33%	0,67%	0,67%	0,33%
Facultatif salarié	Option 1	0,35%	0,35%	0,18%	0,35%	0,35%	0,18%
	Option 2	0,74%	0,74%	0,36%	0,74%	0,74%	0,36%

ACTIFS y compris portabilité des droits sur l'ensemble des garanties (Base et options)

ms 403 DC
CCG JPF ES

**« ACCORDS COLLECTIFS DE TRAVAIL
APPLICABLES DANS LES CENTRES D'HÉBERGEMENT
ET DE RÉADAPTATION SOCIALE ET
DANS LES SERVICES D'ACCUEIL, D'ORIENTATION ET
D'INSERTION POUR ADULTES »**

**PROTOCOLE n°155 du 4 juillet 2014
relatif au régime collectif de complémentaire santé**

ENTRE :

**Le SYNDICAT DES EMPLOYEURS ASSOCIATIFS ACTION SOCIALE ET SANTE (SYNEAS)
3, rue au Maire - 75003 PARIS**

d'une part.

ET

**La FÉDÉRATION NATIONALE DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
(CFDT)
47/49, avenue Simon Bolivar - 75950 PARIS CEDEX 19**

**La FÉDÉRATION NATIONALE DES SYNDICATS CHRÉTIENS DES SERVICES DE SANTÉ ET
SERVICES SOCIAUX (CFTC)
34, quai de Loire - 75019 PARIS**

**LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE LA SANTÉ, DE LA MÉDECINE ET DE L'ACTION SOCIALE
(CFE-CGC)
39, rue Victor Massé - 75009 PARIS**

**La FÉDÉRATION NATIONALE DE L'ACTION SOCIALE FORCE OUVRIÈRE (FO)
7 passage Tenaille - 75014 PARIS**

d'autre part

JMF
DZ ES NR

Préambule

Conformément à la loi n°2013-504 de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, les partenaires sociaux se sont réunis afin d'envisager la modification du dispositif de complémentaire santé mis en place dans le protocole n°153 du 23 juin 2010, notamment afin de tenir compte :

- de l'évolution du contexte législatif et réglementaire encadrant les règles d'exonérations sociales liées à la mise en place de régimes de prévoyance et de complémentaire santé, notamment avec la parution du décret n°2012-25 du 9 janvier 2012 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire ;
- de l'instauration du mécanisme de portabilité des droits opéré par la loi n°2013-504 de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013.

En conséquence de quoi, il a été conclu le présent protocole qui vient modifier, en s'y substituant, l'article 5 relatif au régime « complémentaire frais de santé » du protocole n°153 du 23 juin 2010, ayant lui-même révisé le Chapitre 7 relatif au régime de prévoyance collectif et de retraite complémentaire des accords collectifs CHRS.

ARTICLE 1 – Modification de l'article 7-2 du Chapitre 7 des accords collectifs CHRS

L'article 7.2 « complémentaire santé » est rédigé de la façon suivante :

Article 7.2.1 - Objet

Le présent accord a pour objet l'organisation au niveau national, au bénéfice du personnel tel que défini à l'article 7.2.3, d'un régime de complémentaire santé permettant le remboursement de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, en complément d'un régime de base de la sécurité sociale.

Les partenaires sociaux ont souhaité garantir l'efficacité de ce régime en recommandant deux organismes assureurs, choisis au terme d'une procédure de mise en concurrence, pour assurer la couverture des garanties du régime de complémentaire santé.

Cette recommandation se traduit par la conclusion de contrats de garanties collectives identiques auprès des deux assureurs choisis. Le dispositif contractuel est également complété par un protocole technique et financier et un protocole de gestion administrative communs, conclus dans les mêmes conditions.

Article 7.2.2 - Champ d'application

Le présent accord s'applique aux entreprises relevant du champ d'application professionnel des accords collectifs CHRS.

NR
AS JAF
DL

Article 7.2.3 – Adhésion du salarié

1) Définition des bénéficiaires

Le régime de complémentaire santé bénéficie à l'ensemble des salariés titulaires d'un contrat de travail relevant des accords collectifs CHRS.

L'accès au régime de complémentaire santé est conditionné à la justification d'une ancienneté de 4 mois consécutifs au sein de l'entreprise.

2) Suspension du contrat de travail

a) cas de maintien du bénéfice du régime

Le bénéfice du régime de complémentaire santé est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour l'une des causes suivantes :

- maladie (d'origine professionnelle ou non professionnelle),
- accident (d'origine professionnelle ou non professionnelle),
- maternité,
- exercice du droit de grève,
- congé non rémunéré qui n'excède pas un mois continu,
- congé de solidarité familiale, tel que défini par les articles L. 3142-16 et suivants du code du travail,
- congé de soutien familial, tel que défini par les articles L. 3142-22 et suivants du code du travail.

et tout autre cas dans lequel la suspension du contrat de travail est rémunérée ou indemnisée, par l'employeur directement (en cas de maintien de salaire total ou partiel) ou par la perception d'indemnités journalières complémentaires.

L'employeur verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisations.

b) autres cas de suspension

Dans les autres cas de suspension comme par exemple pour congés sans solde non visés dans les dispositions précédents (notamment congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise), les salariés ne bénéficieront pas du maintien du bénéfice du régime de complémentaire santé.

Les salariés pourront toutefois continuer à adhérer au régime pendant la période de suspension de leur contrat de travail sous réserve de s'acquitter de la cotisation (part patronale et part salariale).

MF
BC
NR
3

3) Caractère obligatoire de l'adhésion

L'adhésion des salariés au régime de complémentaire santé est obligatoire.

Les salariés suivants auront toutefois la faculté de refuser leur adhésion au régime :

- a) les salariés et apprentis sous contrat d'une durée inférieure à 12 mois, dès lors qu'ils produisent tout document justifiant d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- b) les salariés et apprentis sous contrat d'une durée au moins égale à 12 mois, dès lors qu'ils produisent tout document justifiant d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- c) les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter, au titre de l'ensemble des garanties de protection sociale complémentaire, de cotisations au moins égales à 10 % de leur rémunération brute ;

Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur, leur dispense d'adhésion au régime de complémentaire santé et produire tout justificatif requis. Cette demande de dispense devra être formulée, pour les CDD et les apprentis, avant le 20^e mois civil de leur embauche et pour les temps partiels, avant le 20^e de mois, pour une prise d'effet au 1^{er} jour du mois civil suivant. A défaut d'écrit et/ou de justificatif adressé à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

- d) les salariés qui sont bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé prévue à l'article L.863-1 du code de la sécurité sociale ou de la couverture maladie universelle complémentaire prévue à l'article L.861-3 du code de la sécurité sociale, sous réserve de produire tout document utile.

Cette dispense peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide.

Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur, leur dispense d'adhésion au régime de complémentaire santé et produire tout justificatif requis. A défaut d'écrit et de justificatif adressé à l'employeur dans le mois suivant leur embauche, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

- e) les salariés bénéficiant, en qualité d'ayants droit ou à titre personnel dans le cadre d'un autre emploi, d'une couverture collective de remboursement de frais de santé servie dans le cadre d'un dispositif de prévoyance et complémentaire santé remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L.242-1 du code de la sécurité sociale,

Il est précisé que cette dispense, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, ne joue que si le régime du conjoint prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire.

NR CD JAF
BL

Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur leur dispense d'adhésion au régime de remboursement de complémentaire santé à l'appui des justificatifs requis et produire chaque année, au plus tard le 20 janvier, tout justificatif attestant de leur couverture par ailleurs. À défaut d'écrit et de justificatif adressé à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

Les entreprises relevant du champ d'application de l'accord devront en tout état de cause prévoir ces dispenses d'adhésion. Les entreprises disposent par ailleurs de la liberté de mettre en œuvre les autres cas de dispenses prévus par le décret du 9 janvier 2012 et les éventuels autres textes réglementaires à paraître le cas échéant, en concertation avec les instances représentatives du personnel et dans les conditions prévues par ces textes.

Article 7.2.4 – Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail

1) Mutualisation de la portabilité de la couverture en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage

L'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale permet aux salariés de bénéficier, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, d'un maintien des régimes de prévoyance et de complémentaire santé dont ils bénéficiaient au sein de l'entreprise, en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le droit à portabilité est subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées par les dispositions légales et les éventuelles dispositions réglementaires prises pour leur application.

La durée de la portabilité est égale à la durée du dernier contrat de travail, ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois entiers le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite de douze mois de couverture.

Ce maintien de garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime de complémentaire santé des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation supplémentaire à ce titre.

2) Maintien de la couverture du régime de complémentaire santé en application de l'article 4 de la loi Evin

En application de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », la couverture du régime de complémentaire santé sera maintenue par l'organisme assureur, dans le cadre d'un nouveau contrat :

- au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période de portabilité dont ils bénéficient ;
- au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

JMF CS NR
BC 5

L'obligation de proposer le maintien de la couverture de complémentaire santé à ces anciens salariés (ou à leurs ayants droit) dans le cadre de l'application de l'article 4 de la « loi Evin » incombe à l'organisme assureur. L'ancien employeur n'intervient pas dans le financement de cette couverture mais informera le salarié, et ses ayants droits en cas de décès.

Les modalités de suivi de la portabilité en cas de rupture du contrat de travail et dans le cadre de la dite « loi Evin » sont précisées dans le cadre du protocole de gestion administrative.

Article 7.2.5 – Financement

1) Structure de la cotisation

Les salariés acquittent obligatoirement la cotisation « salarié isolé ».

Parallèlement à leur couverture obligatoire, les salariés ont la possibilité de couvrir leurs ayants droit (enfants et/ou conjoint) tels que définis par le contrat d'assurance national souscrit avec les assureurs recommandés ou par le contrat d'assurance souscrit par l'entreprise, pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre du régime.

La cotisation supplémentaire servant au financement de la couverture facultative des ayants droits, ainsi que leurs éventuelles évolutions ultérieures, sont à la charge exclusive du salarié.

2) Assiette de la cotisation

Les cotisations servant au financement du régime de complémentaire santé sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Pour information, le plafond mensuel de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2014, à 3 129 €. Il est modifié une fois par an (au 1^{er} janvier), par voie réglementaire.

3) Taux et répartition des cotisations

La cotisation ci-dessus définie et les cotisations « enfants » et « conjoint » facultatives sont fixées dans les conditions suivantes dans le cadre des contrats souscrits avec les organismes assureurs recommandés :

NR
BC
AS
JMP

Salariés relevant du régime général de la sécurité sociale

	Cotisation salariale	Cotisation patronale	Cotisation globale
Salarié isolé (obligatoire)	0,67 %	0,67 %	1,34 %
Par Enfant (facultatif - gratuité à compter du 3 ^{ème} enfant)	0,62 %	-	0,62 %
Conjoint (facultatif)	1,34 %	-	1,34 %

Salariés relevant du régime de sécurité sociale d'Alsace Moselle

	Cotisation salariale	Cotisation patronale	Cotisation globale
Salarié isolé (obligatoire)	0,41 %	0,41 %	0,82 %
Par Enfant (facultatif - gratuité à compter du 3 ^{ème} enfant)	0,36 %	-	0,36 %
Conjoint (facultatif)	0,82 %	-	0,82 %

La cotisation « salarié isolé » comprend une part de 10,5 % liée aux frais de gestion et une part de 2 % affectée au fonds d'action sociale.

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des organismes assureurs recommandés devront en tout état de cause respecter une prise en charge de la cotisation « isolé » à hauteur de 50 % de la cotisation globale correspondant à la couverture obligatoire (du salarié et le cas échéant de ses ayants droit) mise en place par l'entreprise.

Article 7.2.6 – Prestations

1) Tableau des garanties

Le régime de complémentaire santé est établi dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits responsables par référence aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la sécurité sociale.

Le tableau résumant le niveau des garanties prévu dans le cadre des contrats souscrits avec les organismes assureurs recommandés, joint en annexe à titre informatif, est établi sous réserve des évolutions réglementaires liées aux réformes des contrats responsables pouvant intervenir postérieurement à la conclusion du présent protocole. En tout état de cause, les contrats seront toujours responsables et s'adapteront à la réglementation.

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des organismes assureurs recommandés devront en tout état de cause respecter les mêmes niveaux de garanties, acte par acte.

JMF AS NR
BC 7

2) Actions sociales

Les entreprises devront, même en dehors du cadre de la recommandation, mettre en œuvre des mesures d'actions sociales définies par une liste dressée par la commission nationale paritaire de négociation à un taux de cotisation équivalent.

Article 7.2.7 – Suivi du régime de complémentaire santé

Le régime de complémentaire santé est administré par la Commission Nationale Paritaire Technique de Prévoyance qui assure le suivi du régime de base, des options et des contrats « sur-mesure ».

Les organismes assureurs recommandés communiquent obligatoirement chaque année les documents, rapports financiers et analyses commentées nécessaires aux travaux de la commission, au plus tard le 1^{er} juin suivant la clôture de l'exercice.

Les conditions de suivi du régime sont précisées par les dispositions du protocole de gestion administrative.

Article 7.2.8 – Organismes assureurs recommandés

Les partenaires sociaux ont choisi de recommander, pour assurer la couverture du régime de complémentaire santé prévues par les accords collectifs CHRS, les organismes assureurs suivants :

- **AG2R Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, 35 boulevard BRUNE, 75014 PARIS,
- Le groupement de coassurance mutualiste composé de :
 - o **CHORUM**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°784 621 419 - Siège social : 56 / 60 rue Nationale - 75013 PARIS
 - o **ADREA MUTUELLE**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°311 799 878 – Siège social : 104 avenue Maréchal de Saxe - 69003 Lyon
 - o **APREVA**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°775 627 391 - Siège social : 20 boulevard Papin - BP 1173 - 59012 LILLE CEDEX
 - o **EOVI MCD**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°317 442 176 – Siège social : 25 route de Monfavet - BP 2034 - 84023 AVIGNON CEDEX 1
 - o **HARMONIE MUTUELLE**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°538 518 473 - Siège social : 143, rue Blomet -75015 PARIS
 - o **OCIANE**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°434 243 085 - Siège social : 8 terrasse du Front du Médoc-33054 BORDEAUX CEDEX

Ces mutuelles, co-assureurs du régime, confient la coordination du dispositif et l'interlocution à **Mutex**, entreprise régie par le code des assurances, siège social, 125, avenue de Paris, 92327 Châtillon Cedex.

DL NR CA JFF

Les modalités d'organisation de la recommandation sont réexaminées par les partenaires sociaux, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-1 du Code de la sécurité sociale, dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord. À cette fin, les parties signataires se réuniront au plus tard 6 mois avant l'échéance.

Les parties ont la possibilité de remettre en cause le(s) contrat(s) d'assurance souscrit(s) avec les organismes recommandés au 31 décembre de chaque année sous réserve du respect d'un préavis de deux mois avant l'échéance.

L'employeur choisit l'organisme assureur avec les institutions représentatives du personnel.

ARTICLE 2 – Effet et durée

Le présent accord prendra effet le 1^{er} janvier 2015, sous réserve de son agrément ministériel.

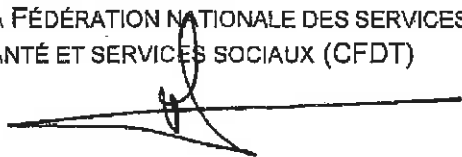
Ces dispositions s'intègrent au Chapitre 7 relatif au régime de prévoyance collectif et de retraite complémentaire des accords collectifs CHRS.

Il est conclu pour une durée indéterminée.

Fait à Paris, le 4 juillet 2014

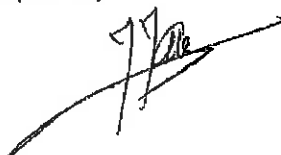
ORGANISATIONS SYNDICALES DE SALARIÉS

LA FÉDÉRATION NATIONALE DES SERVICES
SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX (CFDT)



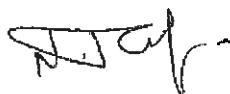
B. CAISNE

LA FÉDÉRATION NATIONALE DES SYNDICATS
CHRÉTIENS DES SERVICES SANTÉ ET SERVICES
SOCIAUX (CFTC)



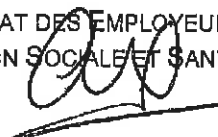
LA FÉDÉRATION NATIONALE DE L'ACTION
SOCIALE FORCE OUVRIÈRE (FO)

LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE LA SANTÉ, DE
LA MÉDECINE ET DE L'ACTION SOCIALE (CFE-
CGC)



ORGANISATION SYNDICALE D'EMPLOYEURS

LE SYNDICAT DES EMPLOYEURS ASSOCIATIFS
DE L'ACTION SOCIALE ET SANTÉ (SYNEAS)



Annexe – Garanties collectives du régime de complémentaire santé

Régime de Complémentaire Santé		Reimboursement total dans le limite des frais réels (emboursement de la Sécurité Sociale inclus)
Chirurgie - Hospitalisation		
Conventionnée		150% BR
Forfait hospitalier		couverture aux frais réels, actuellement : 18 € par jour
Cotisation particulière par jour		
Conventionnée		100 % des FR dans la limite de 1% du PMSS
Frais de déplacement		
Conventionnée		100 % des FR, dans la limite de 1% du PMSS
Frais de nuit		
Conventionnée		
Consultations - visites Généralistes		100% BR
Consultations - visites Spécialistes		150% BR
Pharmacie		100% BR
Analyses		100% BR
Auxiliaires médicaux		100% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie)		125% BR
Radiologie		100% BR
Orthopédie et autres prothèses		150% BR
Prothèses Auditives		100% BR
Transport accepté par la Sécurité sociale		100% BR
Dentaire		
Soins dentaires		100% BR
Orthodontie		
Acceptée par la Ss		200% BR
Prothèses dentaires		3 prothèses par an et par bénéficiaire maximum, et au-delà la garantie est limitée au panier de soins.
Remboursées par la Ss : dents du sourire (incisives, canines, prémolaires)		200% BR
Remboursées par la Ss : dents de fond de bouche		150% BR
Inlays-cores		150% BR
Frais d'optique. Pour les enfants : verres + monture ou lentilles, pak an et pa bon réparé. Pour les adultes : verres + monture tous les deux ans par bénéficiaire ou lentilles tous les ans par bénéficiaire.		
Verres et Montures		Grille Optique n°1
Lentilles prescrites : Acceptées, refusées, jetables		2% du PMSS
Actes de rééducation		
Tous les actes des contrats responsables		ou au ticket modérateur

* Les verres + monture sont limités à une paire tous les deux ans pour les adultes sauf changement de correction médicalement constatée (+/- 0.5 dioptrie).

Garanties OPTIONNELLES		Remboursements complémentaires à la base	
OPTION 1 (ajouts au régime de base)		OPTION 2 (ajouts au régime de base)	
Chirurgie Hospitalisation			
Conventionnée		+ 100 % de la BR	
Non conventionnée		non couverte	
Forfait hospitalier		couverture aux frais réels, actuellement : 18 € par jour	
Chambre particulière par jour		+ 1% du PMSS (soit + 31,29 €)	
Conventionnée		non couverte	
Personnes handicapées		100 % des FR dans la limite de 3% du PMSS (soit 93,87 €)	
Non conventionnée		100 % des FR, dans la limite de 1,5% du PMSS (soit 46,94 €)	
Falsificatif		non couverte	
Consultations - visites Généralistes		20 % de la BR	
Consultations - visites Spécialistes		20 % de la BR	
Vaccins non remboursés par la Ss		vignettes oranges si non couvertes dans base	
Analyses		non couverte	
Auxiliaires médicaux		non couverte	
Actes techniques médicaux (petite chirurgie)		non couverte	
Radiologie		non couverte	
Orthopédie et autres prothèses		non couverte	
Prothèses Auditives		100% du PMSS par oreille (312,90 €; 2 oreilles par an max)	
Dentaire		10% du PMSS par oreille (312,90 €; 2 oreilles par an max)	
Orthodontie		100% de la BR	
Acceptée par la Sécurité sociale		non couverte	
Refusée par la sécurité sociale		non couverte	
Prothèses dentaires, 33 prothèses, par an et par bénéficiaire maximum, et au-delà la garantie est limitée au panier de soins		200% de la BR	
Remboursées par la Ss : dents du sourire (inclusives, canines, prémolaires)		150% de la BR	
Remboursées: dents de fond de bouche		180% de la BR	
Inlays-cores		12% du PMSS (375,48 €) par dent	
Non remboursées par la Sécurité sociale		5% du PMSS (156,45 €) par an et par bénéficiaire	
Parodontologie		12% du PMSS (375,48 €) par an et par bénéficiaire	
Implantologie		non couverte	
Frais d'optique. Pour les enfants : verres + monture, pour les adultes : verres + monture tous les deux ans par bénéficiaire, un seul verre par bénéficiaire		non couverte	
Verres et Montures		Grille Optique n°2	
Chirurgie réfractive		non couverte	
Lentilles prescrites : Acceptées, refusées, jetables		10% du PMSS (soit 312,90 €) par oeil	
Frais de lunettes (lunettes, montures, accessoires)		7 % du PMSS (soit 219,03 €)	
Acceptées par la Sécurité sociale		10% du PMSS (soit 312,90 €)	
Médicaments (Océanine, Etoposide, Actronneur)		5 x 50 € par an et par bénéficiaire	
Reconnus comme praticiens par les annuaires professionnels		non couverte	
Osteodontomètre osseuse		100 € par an	
Par bénéficiaire		non couverte	
Patch anti-tabac		2% du PMSS (62,58 €) par an et par bénéficiaire	

* Les verres + monture sont limités à une paire tous les deux ans pour les adultes sauf changement de correction médicalement constatée (+/- 0,5 dioptrie).

Grille n°1 (régime de base)		Enfants < 18 ans		Adultes	
Type de Verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt SS	LPP > 18 ans
			Remboursement Assureur par verre	Rbt SS	Rbt SS
					Rbt Ass.
Verres Simples Foyers Sphériques					
sphère de -6 à +6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	55,00 €	2,29 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243640, 2291088, 2297441	26,68 €	16,01 €	75,00 €	4,12 €
sphère < -10 ou > +10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	95,00 €	7,62 €
Verres Simples Foyers Sphéro-cylindriques					
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	65,00 €	3,66 €
cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	85,00 €	6,86 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	105,00 €	6,25 €
cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	125,00 €	9,45 €
Verres Multifocaux ou Progressifs Sphériques					
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	115,00 €	7,32 €
sphère < -4 ou > +4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	135,00 €	10,82 €
Verres Multifocaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques					
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	145,00 €	10,37 €
sphère < -8 ou > +8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	165,00 €	24,54 €
Monture	2210546	30,49 €	18,29 €	90,00 €	2,84 €

Grille n°2 (option 1)		Enfants < 18 ans		Adultes	
Type de Verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt SS	LPP > 18 ans
			Rbt SS	Rbt SS	Rbt SS
			Remboursement Assureur par verre	Rbt Ass.	Rbt Ass.
Verres Simples Foyers Sphériques					
sphère de -6 à +6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	60,00 €	2,29 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243640, 2291088, 2297441	26,68 €	16,01 €	80,00 €	4,12 €
sphère < -10 ou > +10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	100,00 €	7,62 €
Verres Simples Foyers Sphéro-cylindriques					
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	70,00 €	3,66 €
cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	90,00 €	6,86 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	110,00 €	6,25 €
cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	130,00 €	9,45 €
Verres Multifocaux ou Progressifs Sphériques					
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	120,00 €	7,32 €
sphère < -4 ou > +4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	140,00 €	10,82 €
Verres Multifocaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques					
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	150,00 €	10,37 €
sphère < -8 ou > +8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	170,00 €	24,54 €
Monture	2210546	30,49 €	18,29 €	100,00 €	2,84 €

Grille n° 3 (optique 2)	Enfants < 18 ans			Adultes				
	Type de Verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass
Verres Simple Foyer Sphériques								
sphère de -6 à +6	2242467, 2261874	12,04 €	7,22 €	85,00 €	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	125,00 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68 €	16,01 €	105,00 €	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	2,47 €	145,00 €
sphère < -10 ou > +10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	125,00 €	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	165,00 €
Verres Simple Foyer Sphéro-cylindriques								
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	95,00 €	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	135,00 €
cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	2219381, 2283963	36,28 €	21,77 €	115,00 €	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	155,00 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	135,00 €	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	175,00 €
cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	155,00 €	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	195,00 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques								
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	170,00 €	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	250,00 €
sphère < -4 ou > +4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	190,00 €	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	270,00 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques								
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	200,00 €	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	280,00 €
sphère < -8 ou > +8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	220,00 €	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	300,00 €
Monture	2210546	30,49 €	18,29 €	100,00 €	2223842	2,84 €	1,70 €	150,00 €

Annexe 5

Note du 23 mars 2015 relative à la mesure judiciaire d'investigation éducative



Paris le, 23 mars 2015

Date d'entrée en vigueur :
23 mars 2015

La Directrice de la Protection Judiciaire de la Jeunesse

à

1. Pour attribution

Mesdames et Messieurs les directeurs interrégionaux
Madame la directrice générale de l'Ecole Nationale de Protection Judiciaire de la Jeunesse

2. Pour information

Mesdames et Messieurs les premiers présidents des cours d'appel
Mesdames et Messieurs les procureurs généraux près lesdites cours
Messieurs les présidents des tribunaux supérieurs d'appel
de Saint Pierre et Miquelon et de Mamoudzou
Messieurs les procureurs de la République près les tribunaux supérieurs d'appel
de Saint Pierre et Miquelon et de Mamoudzou
Mesdames et Messieurs les présidents des tribunaux de grande instance
Mesdames et Messieurs les procureurs de la République
Monsieur le directeur des Services Judiciaires
Madame la directrice des Affaires Civiles et du Sceau
Monsieur le directeur des Affaires Criminelles et des Grâces
Monsieur le directeur de l'Ecole Nationale de la Magistrature
Madame la directrice de l'Ecole Nationale des Greffes

N° NOR : JUSF1507871N

N° NOTE : DPJJ – SDK – K2

MOTS CLES : *Protection judiciaire de la jeunesse, délinquance des mineurs, assistance éducative, protection, aide à la décision des magistrats, amélioration de la qualité de l'investigation, mesure judiciaire d'investigation éducative mineur, modularité, débat contradictoire, formation dédiée, services éducatifs, juge des enfants, parents, restitution, avocats, juge des enfants,*

TITRE DETAILLE : Note relative à la mesure judiciaire d'investigation éducative.

PUBLICATION : La présente note sera publiée au Bulletin Officiel du ministère de la justice et dans la rubrique « Circulaires et instructions » du site Légifrance.

TEXTES ABROGES : DPJJ-SDK K2 N° NOR : JUSF 1034029C : Circulaire d'orientation relative à la mesure judiciaire d'investigation éducative du 31 décembre 2010.

L'article 8 de l'ordonnance du 2 février 1945 prévoit que le juge des enfants effectue toutes diligences et investigations utiles pour parvenir à la connaissance de la personnalité du mineur ainsi que des moyens appropriés à sa rééducation (situation matérielle et morale de la famille et conditions d'éducation, personnalité et antécédents du mineur, fréquentation scolaire et attitude à l'école, santé, développement psychologique).

L'article 1183 du code de procédure civile prévoit qu'en assistance éducative, le juge peut, soit d'office, soit à la requête des parties ou du ministère public, ordonner toute mesure d'information concernant la personnalité et les conditions de vie du mineur et de ses parents.

Si en matière d'assistance éducative la démarche d'investigation est une possibilité offerte au juge, en matière pénale il s'agit d'une obligation.

L'article 7 du décret du 9 juillet 2008 relatif à l'organisation du ministère de la Justice confie à la direction de la protection judiciaire de la jeunesse la responsabilité de garantir directement ou par son secteur associatif habilité, une aide aux décisions de l'autorité judiciaire.

Dans ce cadre, la présente note précise les modalités de réalisation d'une investigation dans le cadre des procédures civiles et pénales pour mineurs par les services de la protection judiciaire de la jeunesse, secteur public et secteur associatif habilité.

Les services du secteur public et du secteur associatif habilité de la protection judiciaire de la jeunesse réalisent des investigations dans le cadre pénal et en assistance éducative au travers de Mesures Judiciaires d'Investigation Educative (MJIE).

I. La mesure judiciaire d'investigation éducative (MJIE)

1.1. Définition

La mesure judiciaire d'investigation éducative est ordonnée principalement durant la phase d'information (procédure d'assistance éducative) ou durant la phase d'instruction (cadre pénal) ; elle peut l'être à tout moment de la procédure.

A cet effet, quel que soit le fondement civil ou pénal¹, la mise en œuvre et le déroulement de la mesure doivent être guidés par le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant² et le respect du cadre posé par la décision judiciaire.

Son objectif est de recueillir des éléments sur la personnalité du mineur, sur sa situation familiale et sociale et d'analyser les difficultés qu'il rencontre.

En matière pénale, elle vise notamment à proposer des hypothèses sur le sens des actes commis par le mineur afin d'engager un travail avec ce dernier et sa famille.

Dans le cadre d'une procédure d'assistance éducative, les informations et les préconisations contenues dans le rapport écrit doivent permettre au juge de vérifier si les conditions d'une intervention judiciaire sont réunies et de proposer si nécessaire des réponses en termes de protection et d'éducation, adaptées à la situation des intéressés.

¹ Résolution du Parlement européen du 21 juin 2007 sur la délinquance juvénile : *Journal officiel de l'Union européenne*, C146 E/350 § 20 du 12 juin 2008

² Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, du 20 novembre 1989, et notamment ses articles 3, 37 et 40

La mesure d'investigation constitue par essence une démarche dynamique de recueil d'éléments de compréhension éclairant la situation, de vérification des conditions prévues par la loi pour l'intervention judiciaire, d'observation, d'analyse partagée puis d'élaboration de propositions. Toutefois, sa mise en œuvre produit par elle-même souvent un changement dans les familles et peut contribuer à dénouer une situation de crise ou de blocage et ainsi éviter ou limiter le temps d'une intervention éducative judiciaire.

Elle se distingue de l'expertise, démarche confiée à un ou plusieurs experts pour donner un avis sur les éléments de la situation du mineur et selon des aspects référencés à une discipline.

1.2. Les contenus de la MJIE

Les services mettant en œuvre la MJIE rassemblent les éléments permettant d'éclairer la décision du magistrat.

Ces éléments doivent porter :

En assistance éducative sur : la personnalité et les conditions de vie du mineur et de ses parents, l'existence d'un danger pour la santé, la sécurité, la moralité de l'enfant, le caractère gravement compromis de ses conditions d'éducation et de son développement physique, affectif, intellectuel et social (art. 375 du code civil et 1183, 1184 du nouveau code de procédure civile).

En matière pénale sur : la situation matérielle et morale de la famille, la personnalité et les antécédents du mineur, sa fréquentation scolaire, ses aptitudes et son attitude à l'école, les conditions dans lesquelles il a vécu ou a été élevé, sa santé, son développement psychologique, les moyens appropriés à son éducation (art. 8 et art. 8-1 de l'ordonnance du 2 février 1945).

L'ensemble de ces informations est à articuler et à mettre en cohérence avec les dispositions de la circulaire d'orientation sur l'action d'éducation dans le cadre pénal³ et la note d'orientation du 30 septembre 2014⁴.

Que ce soit dans le cadre civil ou pénal, l'investigation recueille les éléments du parcours antérieur du mineur et les éventuelles réponses sociales, administratives et judiciaires apportées dans le passé, dans l'objectif de construire des propositions en se fondant sur ce qui a déjà permis ou pas des évolutions de la situation. Elle est un des éléments permettant de garantir la continuité des parcours par l'éclairage sur les situations des jeunes et les hypothèses de travail qui en résultent.

Les professionnels analysent ces éléments et élaborent des hypothèses de réponses éducatives et de protection.

Dans les deux domaines, civil et pénal, à partir du recueil de ces informations, les professionnels doivent tendre, d'une part à l'objectivation de la situation en confrontant leurs analyses des éléments recueillis à l'appui d'un travail interdisciplinaire⁵, d'autre part à rendre compte de la complexité des problématiques et proposer des hypothèses de travail.

³NOR : JUSF1050001C. Circulaire de la DPJJ du 02 février 2010 relative à l'action d'éducation dans le cadre pénal

⁴ N/Réf : JUSF1423190N : Note d'orientation de la Protection judiciaire de la jeunesse du 30 septembre 2014.

⁵ Le terme interdisciplinaire renvoie au processus de travail, celui de pluridisciplinaire à la constitution des services.

Dans ce processus dynamique, l'équipe de direction remet au juge un rapport conclusif et le cas échéant une ou plusieurs propositions éducatives.

1.3. Les caractéristiques de la MJIE

Interdisciplinarité :

La diversité des éléments à explorer nécessite l'apport de compétences diversifiées et impose une approche interdisciplinaire de la situation du jeune et de sa famille. Cette approche se réalise à partir notamment de la composition pluridisciplinaire du service : cadres de direction, éducateurs, psychologues, assistants de service social.

Selon les situations, ces ressources internes peuvent être enrichies par des professionnels recrutés par vacation, ou par le biais de conventions : médecin psychiatre, psychologue, pédiatre, pédopsychiatre, services spécialisés (Hôpitaux, Centres médico-psycho-pédagogiques, Protection maternelle et infantile, Centres d'examen de santé...) conseillers d'orientation et/ou d'insertion, ou d'autres spécialités (médiateurs culturels, services de prévention...).

L'approche interdisciplinaire consiste à garantir une analyse dynamique de la situation par ces professionnels en croisant leurs points de vue. Il appartient à l'équipe de direction d'organiser le processus interdisciplinaire des interventions au sein de l'unité éducative de milieu ouvert ou du service. Ces modalités d'intervention sont déterminées dès le début de la mesure, au regard de la situation, dans un cadre pluridisciplinaire et sous la responsabilité de l'équipe de direction ; elles peuvent ensuite être réévaluées en cours de mesure.

Au regard de la diversité des situations, d'éventuelle(s) intervention(s) éducative(s) antérieure(s), l'investigation peut porter sur des domaines plus ou moins étendus. En effet, la MJIE est réalisée à partir du recueil d'informations incontournables pour chaque cadre (civil ou pénal) sachant que de nombreux items leurs sont communs. Des hypothèses de réponses en termes d'action éducative et/ou de protection sont élaborées à partir de l'analyse de ces informations.

Le cas échéant, le service éducatif prend l'initiative d'explorer une ou plusieurs problématiques spécifiques repérées au cours de l'investigation, au moyen de modules dédiés. Il s'appuie alors sur les ressources dont il dispose à l'interne et/ou sur des partenaires.

Cette approche spécifique vient enrichir le travail conclusif remis au magistrat au terme de la MJIE.

Durée de réalisation de la mesure :

Quelle que soit la situation, le service réalise la MJIE dans un délai de 6 mois maximum suivant sa notification. Ce temps de réalisation prend en compte le délai de réception de la mesure (15 jours) et l'obligation du respect du contradictoire par l'envoi du rapport 15 jours avant l'échéance de la mesure.

Cependant, si le magistrat ordonnateur souhaite obtenir des premières informations, il peut solliciter un bilan d'étape à 15 jours, le cas échéant sur la base d'un échange interdisciplinaire, en vue de l'éclairer sur une situation pour laquelle il ne dispose pas d'éléments lui permettant de prendre une décision dans une situation d'urgence.

Cela peut correspondre notamment au cas particulier des situations d'urgence qui permettent au procureur de la République de confier un mineur à un établissement ou à un tiers, à charge de saisir le juge des enfants compétent dans les 8 jours.

Si, en cours de réalisation de la MJIE, une audience est prévue ou rendue nécessaire, le service communique au juge un rapport intermédiaire.

Lorsque l'hypothèse d'un placement est évoquée en cours de MJIE, le service informe le juge de l'orientation préconisée dans les plus brefs délais. Si le placement est décidé par le magistrat, le service, en concertation avec les services du Conseil général en cas de placement à l'ASE, prépare le placement dans le cadre de la mesure d'investigation initialement décidée et dans le temps de mesure restant.

1.4. Eléments incontournables de la MJIE

La conduite de la MJIE répond aux différentes exigences liées au secret professionnel, à l'information partagée et aux droits des usagers.

1.4.1 Une démarche dynamique impliquant les personnes

En assistance éducative, compte tenu des compétences des conseils généraux et des dispositions de l'article L. 226-4 du code d'action sociale et des familles, de l'existence des mesures d'évaluation en protection administrative, le rôle de l'investigation judiciaire porte souvent sur des situations déjà connues des services sociaux et qui présentent une particulière complexité⁶.

En conséquence, les enjeux en termes de libertés individuelles sont d'autant plus importants et renforcent la nécessité d'un positionnement très clair au regard du cadre judiciaire contradictoire.

Ainsi, la manière dont l'investigation est conduite, dont le mineur et la famille sont associés, sont des éléments primordiaux de la qualité de l'investigation et de la compréhension par les intéressés de leur place et de leur rôle dans la procédure judiciaire.

En outre, l'expérience montre qu'une investigation de qualité permet souvent à la famille de s'approprier la manière d'envisager ses propres difficultés et ainsi de s'appuyer sur ses ressources pour trouver ses propres réponses. Ce processus facilite grandement les interventions éducatives ultérieures judiciaires ou administratives (milieu ouvert, placement), et peut rendre parfois celles-ci inutiles (non-lieu).

La dimension contradictoire de la procédure judiciaire conduit les professionnels à intégrer dans leur pratique l'analyse critique des informations obtenues, leur vérification et leur confrontation à l'avis des intéressés.

De même, elle nécessite que les conclusions de l'investigation soient systématiquement exposées aux intéressés et discutées avec eux avant d'être adressées au magistrat.

⁶ Hors les cas de saisine directe du magistrat.

1.4.2 La définition d'une méthode

1.4.2.1 Une démarche professionnelle spécifique

Le recours à une posture professionnelle et à des outils adéquats est nécessaire dans le recueil de ce type d'informations. Ainsi les techniques d'entretiens doivent être adaptées à la recherche d'information et à l'élaboration d'hypothèses.

Dans ce sens, la MJIE peut, en parallèle, s'appuyer sur des activités de jour⁷, support de mobilisation des ressources du mineur, d'observation et d'évaluation de ses compétences et appétences sociales, cognitives et scolaires.

Les projets de service doivent clairement identifier l'ensemble de ces éléments, les méthodes et les outils utilisés pour conduire la MJIE. De même, les projets de service, en déclinaison des projets territoriaux, précisent les moyens d'actualisation des connaissances en termes de perfectionnement des professionnels (par exemple en matière de maltraitance, de périnatalité, d'agressions à caractère sexuel, en matière de stupéfiants...).

1.4.2.2 Le traitement des informations recueillies

Le recueil d'informations doit conduire à l'émergence d'éléments vérifiés et d'hypothèses étayées tendant vers l'objectivité. Toutefois, ces éléments ne se suffisent pas à eux-mêmes pour caractériser la situation du mineur. C'est le croisement de ces informations, leur articulation avec des faits observés et des actes posés ou subis, leur mise en discussion et leur confrontation interdisciplinaire qui permettent d'élaborer des hypothèses valides, accessibles et acceptables.

Un travail d'analyse des éléments recueillis de manière interdisciplinaire est engagé avec les familles et les mineurs dès l'engagement de l'investigation. Ce travail doit être élargi par l'organisation d'une rencontre formalisée avec les partenaires qui ont eu à connaître de la situation.

Le fonctionnement interdisciplinaire garantit la prise en compte des différentes dimensions personnelle, psychique, familiale et sociale des situations individuelles par les différents professionnels mobilisés et participe à l'objectivation de la situation.

Les temps d'élaboration collective constituent ainsi une méthode de travail essentielle dans la conduite de la MJIE qui permettent de mettre en perspective les hypothèses d'analyse et de travail formulées par des professionnels de disciplines différentes.

Un rapport d'écriture conclusive portant sur les différentes hypothèses de travail et d'orientation éducative est alors engagé par les différents professionnels. L'équipe de direction garantit que les hypothèses de travail restituées au magistrat sont le résultat d'un travail interdisciplinaire.

1.4.2.3 La restitution

La restitution des conclusions de la MJIE constitue une étape essentielle dans le cadre du contradictoire.

Les conclusions de l'investigation sont systématiquement exposées à la famille et au mineur et discutées avec eux avant d'être adressées au magistrat.

⁷ Exemples : activités collectives, groupes de paroles de parents...

Ce principe réaffirme la nécessité de les associer à l'ensemble de la démarche. La phase de restitution à la famille revêt une grande importance. Elle permet au mineur et à ses parents d'exprimer leurs opinions et de se préparer à l'audience dans une dimension contradictoire.

Elle s'inscrit par ailleurs dans les dispositions relatives aux droits des usagers tels que définis aux articles L311-3 et L311-8 du code de l'action sociale et des familles⁸.

1.4.2.4 La transmission d'informations au service chargé de l'exécution de la mesure éducative

Dans le cas où le juge ordonne, à la suite d'une MJIE, une mesure de milieu ouvert, un placement ou une mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial, il y a lieu de garantir le partage de l'information avec le service chargé de la mesure éducative. Celui-ci doit en effet disposer des éléments nécessaires à la conduite de la mesure. Un dispositif formalisé interservices doit garantir cette continuité éducative.

II. La professionnalisation des acteurs de l'investigation

2.1 La formation et le renforcement des compétences

L'investigation est une démarche qui nécessite méthode et technicité pour explorer toutes les dimensions de la vie de l'enfant et de la famille (capacités cognitives, aptitudes professionnelles, sociales, développement physique et psychologique, qualité des relations familiales et conditions d'éducation, réseaux de socialisation, environnement socio-économique...).

A cet égard, l'Ecole Nationale de Protection Judiciaire de la Jeunesse (ENPJJ) est chargée de mettre en œuvre une formation dédiée, dans le cadre des formations statutaire, continue et d'adaptation, portant sur les connaissances théoriques et l'utilisation des outils techniques et les supports méthodologiques existants.

Le secteur associatif habilité pourra, s'il le souhaite, se rapprocher de l'ENPJJ pour participer à ces formations.

D'autre part, divers outils concourent à une professionnalisation sur la MJIE :

- Les professionnels de toutes les disciplines peuvent notamment recourir au « Recueil de documents théoriques et méthodologiques : pratiques professionnelles en investigation et action d'éducation » et au document de travail « Parents, familles et professionnels dans le cadre judiciaire ».
- Par ailleurs, des formations professionnalisantes en ce sens sont dispensées par l'Ecole Nationale de Protection Judiciaire de la Jeunesse. A cet égard, un accompagnement vers la professionnalisation de la formation est mis en œuvre.

⁸ Les services d'investigation sont des ESSMS (Etablissements et services sociaux et médico-sociaux) au sens de l'article L312-1 du CASF depuis 2005 (Ord. n° 2005-1477 du 1er décembre 2005). Au titre de l'art. L312-1. IV du C.A.S.F, les dispositions des articles L311-4 à L311-7 ne s'appliquent pas à ces services.

2.2 Le rôle des échelons déconcentrés

Les directeurs territoriaux veillent à rechercher par voie de protocoles locaux les ressources existantes sur le territoire, susceptibles d'améliorer la qualité de la démarche d'investigation, à partir de la mise en œuvre de compétences spécifiques (santé, santé mentale, périnatalité, scolarité, PMI, insertion professionnelle...).

Les directions interrégionales procèdent par l'audit et le contrôle à l'examen des conditions de mise en œuvre de la présente note.

La présente note entre en vigueur à compter de sa publication.

La circulaire d'orientation N° NOR : JUSF1034029C, relative à la mesure judiciaire d'investigation éducative du 31 décembre 2010 est abrogée à compter de l'entrée en vigueur de la présente note.



Catherine SULTAN,

**Directrice de la Protection
judiciaire de la jeunesse.**

Annexe 6

Référentiel d'emploi pour les services de réparation pénale

Annexe n° 6 – Rappel du Référentiel d'emploi pour la mesure de réparation pénale

Référentiel d'emploi pour la mesure de réparation pénale

Emploi	Réparation	Réparation à partir de 2009 si référentiel mesure appliqué
Direction	1730	*
Secrétariat	432	432
Travailleurs Sociaux	108	90

* pour la fonction encadrement (direction et CSE compris), un système modulable a été mis en place afin de déterminer le nombre d'ETP d'encadrement en fonction du nombre d'ETP éducatif dans un service. Se référer au tableau ci-dessous :

norme encadrement pour mesure réparation pénale par rapport au nombre d'ETP éducatif par service de réparation				
Nbre ETP éducatif	Calcul d'encadrement	Normes d'encadrement		nombre de mesure
1	8%+3%+4%	15%	0,150	90
2	8%+7%+7%	22%	0,220	180
3	8%+7%+7%+7%	29%	0,290	270
4	8%+7%+7%+7%+7%	36%	0,360	360
5	8%+7%+7%+7%+7%+7%	43%	0,430	450
6	8%+(6*7%)	50%	0,500	540
7	8%+(7*7%)	57%	0,570	630
8	8%+(8*7%)	64%	0,640	720
9	8%+(9*7%)	71%	0,710	810
10	8%+(10*7%)	78%	0,780	900
11	8%+(11*7%)	85%	0,850	990
12	8%+(12*7%)	92%	0,920	1080
13	8%+(13*7%)	99%	0,990	1170
14	8%+(14*7%)	106%	1,060	1260

En vigueur depuis 2009

Annexe 7

Modèle de convention-cadre organisant la prise en charge par un LVA de jeunes confiés sur décision judiciaire

ANNEXE 7 -Modèle de convention cadre organisant la prise en charge par un lieu de vie et d'accueil de jeunes confiés sur décision judiciaire

CONVENTION CADRE DU [DATE]

Vu le code de l'action sociale et des familles, et notamment ses articles L312-1 et D316-1 à D316-4 ;

Vu l'arrêté préfectoral autorisant la création du lieu de vie et d'accueil [*dénomination du lieu de vie et d'accueil*], sis [*adresse du lieu de vie et d'accueil*], en date du [*à compléter*] ;

Entre d'une part :

La Direction interrégionale de la protection judiciaire de la jeunesse [*interrégion*], sise [*adresse d'implantation*], représentée par [*nom du représentant*] en qualité de [*à compléter*] ;

Et d'autre part :

Le lieu de vie et d'accueil [*dénomination*], sis [*adresse d'implantation*], géré par [*nom de la personne gestionnaire*], représenté par [*nom du représentant*] en qualité de [*à compléter*], ci-après dénommé le lieu de vie et d'accueil ;

Il est convenu ce qui suit :

Article 1 : Objet de la convention

Par la présente convention, le lieu de vie et d'accueil s'engage à mettre en œuvre les décisions de placement prononcées par l'autorité judiciaire au titre de [*l'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante ou/et les articles 375 à 375-9 du code civil*].

Article 2 : Capacité

La capacité théorique de ce lieu de vie et d'accueil est fixée à [*x*] places, [*filles et/ou garçons*], de [*âge*] à [*âge*] ans.

Article 3 : Modalités pédagogiques

Le projet pédagogique détaillant les prestations assurées par le lieu de vie et d'accueil est annexé à la présente convention.

Article 4 : Financement

Le mode de facturation est un coût journalier. Il regroupe l'indemnité d'entretien (logement, nourriture, vestiaire, scolarité, loisirs, transports, frais médicaux et pharmaceutiques courants) et les dépenses de personnel.

A l'occasion de chaque décision judiciaire prononçant le placement d'un mineur au lieu de vie et d'accueil, une convention individuelle fixant les modalités financières de cette prise en charge est signée entre le directeur interrégional de la protection judiciaire de la jeunesse et le lieu de vie et d'accueil chargé de la mise en œuvre de la mesure.

Le lieu de vie et d'accueil s'engage à :

- tenir une comptabilité différenciée relative à la prestation organisée par la présente convention ;

- fournir à l'issue de l'exercice le compte rendu financier propre à l'objectif de cette convention.

Article 5 : Autres obligations

Le lieu de vie et d'accueil doit fournir un bilan annuel d'activité (pédagogique et financier).

Le lieu de vie et d'accueil garantit que personnels qui y sont recrutés présentent un bulletin n°2 de casier judiciaire compatible avec l'exercice d'une fonction auprès de mineurs (article L. 133-6 CASF) et s'engage à fournir le bulletin n°3 du casier judiciaire des autres personnes majeures domiciliées dans le lieu de vie et d'accueil.

Article 6 : Assurance et responsabilité

Un contrat d'assurance souscrit par la personne gestionnaire du LVA doit couvrir les risques de toute nature afférents à l'activité poursuivie. Il est notamment rappelé que la responsabilité sans faute du lieu de vie et d'accueil gardien du mineur pourra être recherchée sur le fondement de l'article 1384 alinéa 1 du code civil en cas de dommage causé par un mineur placé en son sein par décision judiciaire, ce dernier ayant accepté d'organiser, diriger et contrôler le mode de vie de ce jeune majeur. Dès lors, le lieu de vie et d'accueil devra souscrire une police d'assurance couvrant notamment ce type de responsabilité. En outre, aucune action récursoire ou subrogatoire ne pourra être dirigée contre l'État du fait des agissements des mineurs pris en charge.

Article 7 : Contrôle

Le lieu de vie et d'accueil s'engage à faciliter, à tout moment, le contrôle par les autorités compétentes de la réalisation de l'objet de la convention, notamment par l'accès à tout document dont la production serait jugée utile.

Article 8 : Prise d'effet et durée de la convention

La présente convention prend effet le [date] pour une durée de [x] ans.

Article 9 : Modifications et dénonciation de la convention

Toute modification à la présente convention devra faire l'objet d'un avenant.

En cas de non respect par l'une ou l'autre partie des engagements respectifs inscrits dans la présente convention, celle-ci pourra être dénoncée de plein droit par l'une ou l'autre partie avec un préavis d'un mois.

Fait à [LIEU], le [date]

Le représentant du lieu de vie et d'accueil,
[Nom et fonction]

**Le Directeur Interrégional de la protection
judiciaire de la jeunesse [interrégion]**

Annexe 8

Modèle de convention individuelle fixant les modalités financières de la prise en charge par un LVA d'un jeune confié sur décision judiciaire

CONVENTION INDIVIDUELLE DE FINANCEMENT

Vu le code de l'action sociale et des familles, et notamment ses articles L312-1 et D316-1 à D316-4 ;

Vu l'arrêté préfectoral autorisant la création du lieu de vie et d'accueil [*dénomination du lieu de vie et d'accueil*], sis [*adresse du lieu de vie et d'accueil*], en date du [*à compléter*] ;

Vu la convention cadre conclue entre le lieu de vie et d'accueil [*dénomination du lieu de vie et d'accueil*] et la DIR PJJ [*interrégion*] en date du [*date*] ;

Vu la décision judiciaire [*n°*] prononcée le [*date*] prise par [*nom du magistrat*] du Tribunal de [*lieu d'implantation du tribunal*] confiant le jeune [*nom et prénom du jeune*] à [*dénomination du lieu de vie et d'accueil*] ;

Entre d'une part :

La Direction interrégionale de la protection judiciaire de la jeunesse [*interrégion*], sise [*adresse d'implantation*], représentée par [*nom du représentant*] en qualité de [*à compléter*] ;

Et d'autre part :

Le lieu de vie et d'accueil [*dénomination*], sis [*adresse d'implantation*], géré par [*nom de la personne gestionnaire*], représenté par [*nom du représentant*] en qualité de [*à compléter*], ci-après dénommé le lieu de vie et d'accueil ;

Il est convenu ce qui suit :

Article 1 :

La présente convention est liée à la décision de justice susvisée :

Début de la prise en charge : [*date*]

Fin prévue de la prise en charge : [*date*]

Article 2 :

La résidence du jeune est fixée à : [*dénomination et adresse d'implantation du lieu de vie et d'accueil*].

Article 3 : (À préciser le cas échéant)

La personne gestionnaire du lieu de vie et d'accueil déclare que les personnes accueillantes exercent en qualité de salariées.

Article 4 :

L'indemnité journalière est fixée à [*x*]euros par jour.

Elle regroupe l'indemnité d'entretien (logement, nourriture, vestiaire, scolarité, loisirs, transports, frais médicaux et pharmaceutiques courants) et les dépenses de personnel.

Article 5 :

Les sommes dues sont calculées sur la base du nombre de journées de présence du jeune. Leur règlement est effectué selon la périodicité mensuelle, après service fait, sur présentation d'un état adressé à la Direction interrégionale de la Protection judiciaire de la jeunesse [*Interrégion*].

Article 6 :

Conformément à la décision judiciaire, si les allocations familiales auxquelles ouvre droit le jeune sont versées au lieu de vie et d'accueil, le montant perçu par celui-ci sera déduit du montant dû au titre de la prise en charge du jeune.

Article 7 :

Si le jeune ne bénéficie d'aucun autre régime de sécurité sociale, le gestionnaire du lieu de vie et d'accueil, en lien avec l'éducateur chargé du suivi en milieu ouvert, dépose une demande de couverture maladie universelle (CMU) auprès de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) afin d'assurer la prise en charge des frais médicaux.

Article 8 :

La direction interrégionale de la protection judiciaire de la jeunesse exerce un contrôle éducatif, administratif et financier.

Les représentants de l'administration de la protection judiciaire de la jeunesse peuvent à tout moment prendre contact avec les permanents du LVA et leur rendre visite.

Article 9 :

Aucune modification dans la situation du jeune ne peut intervenir sans nouvelle décision de l'autorité judiciaire.

Toute modification de placement doit être notifiée à la Direction interrégionale de la Protection judiciaire de la jeunesse.

Fait à [*LIEU*], le [*date*]

Le représentant du lieu de vie et d'accueil,
[*Nom et fonction*]

Pour avis,
Le Directeur Territorial
de la protection judiciaire
de la jeunesse de [*territoire*]

Le Directeur Interrégional de la protection
judiciaire de la jeunesse [*interrégion*]

Annexe 9

Organigramme type des CEF

**ANNEXE 9 - ORGANIGRAMME TYPE D'UN CEF
SP ET SAH**

Au regard des missions des CEF, une constitution d'équipe à hauteur de **26,5 ETP**, personnels de santé compris (1,5 ETP) est retenue. L'importance de ces moyens se justifie par les caractéristiques des mineurs accueillis et par le caractère fermé de ces établissements.

Cette quotité d'ETP se décline en un organigramme type d'équipe, établie différemment entre le SP et le SAH, pour tenir compte de la spécificité de chaque secteur et de chaque projet d'établissement.

Organigramme type d'un CEF du SAH

2 à 3 cadres (1 directeur, 1 directeur adjoint/chef de service, 1 chef de service)

12 à 14 éducateurs d'internat
3 à 4 éducateurs techniques (journée)
2 à 3 veilleurs de nuit

1 psychologue

1 secrétaire
1 agent d'entretien
1 maîtresse de maison
2 cuisiniers (avec des fonctions d'encadrement de mineur)

1.5 ETP santé

Dans une enveloppe de **26,5 ETPT**

Organigramme type d'un CEF du SP

1 directeur de service
1 responsable d'unité éducative

17 éducateurs ou professeurs techniques

1 psychologue

1 adjoint administratif
1 adjoint technique d'entretien
1 maîtresse de maison
2 cuisiniers (avec des fonctions d'encadrement de mineur)

1.5 ETP santé

Dans une enveloppe de **26,5 ETPT**

Une norme de 1,5 ETP de professionnels de santé, hors psychologue, est retenue pour tous les CEF. Cette harmonisation permet de garantir l'égalité de traitement de l'ensemble des mineurs placés en CEF.

Ce renforcement de temps de personnels de santé permet d'améliorer au sein de la structure la prise en compte éducative des aspects psychologique et psychiatrique des mineur placés, leur accès aux soins et de développer les collaborations entre le CEF et les dispositifs de santé de proximité.

Il est recommandé de prévoir a minima un temps d'infirmier auquel peuvent se rajouter d'autre temps de spécialistes tel des psychologues, des psychiatres, des médecins, des art-thérapeutes... Des postes partagés avec le secteur public hospitalier sont à privilégier. Dans tous les cas, les projets d'établissements doivent démontrer l'intérêt pédagogique des choix effectués, formaliser les rôles et les fonctions de chaque professionnel de santé ainsi que leur articulation avec le reste de l'équipe pluridisciplinaire.

Le secteur social et médico-social permet une grande diversité en termes de recrutement (pluralité des corps de métiers, diversité des parcours...) qui constitue une richesse non négligeable au regard des projets d'établissement. Les personnels, toutes fonctions confondues, doivent être en mesure de concourir à la mise en œuvre du projet pédagogique. Cette dimension doit être prévue dans toutes les fiches de poste. La qualification des professionnels, doit être recherchée dans toute la mesure du possible. Les rôles et fonctions des professionnels sont décrits dans le projet d'établissement afin de garantir la cohérence des interventions.

L'Education nationale met par ailleurs à disposition de chaque CEF un enseignant. Cet enseignant est membre à part entière de l'équipe éducative. Son rôle et sa fonction sont décrits dans le projet d'établissement dans le cadre des dispositions de la note DPJJ/DGESCO du 25 février 2005. Sa place dans l'équipe pluridisciplinaire est garantie par le directeur d'établissement.

Enfin, les CEF peuvent bénéficier par ailleurs de ressources partenariales ou de prestations extérieures eu égard à la mise en œuvres d'actions liées au projet d'établissement.
