



**PRÉFÈTE
DE LA RÉGION
BOURGOGNE
FRANCHE-COMTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS SPÉCIAL
N°BFC-2026-084

PUBLIÉ LE 1 JUIN 2026

Sommaire

ARS Bourgogne Franche-Comté /

BFC-2026-06-01-00002 - Décision ARS-BFC-DOSA-2026-1329 portant suspension, en application de l'article L.6122-13 ii du code de la sante publique, de l'autorisation d'activité de soins médicaux et de réadaptation (SMR) mention polyvalent délivrée à VP sante et mise en oeuvre au centre médical La Vénerie à Champlemy (58) (15 pages)

Page 3

DIRPJJ Grand Centre /

BFC-2026-06-01-00001 - Décision du 1er juin 2026 portant subdélégation de signature (10 pages)

Page 19

Rectorat de la région académique Bourgogne Franche-comté /

BFC-2026-05-21-00008 - Arrete DRAJES-2026-00369-JEPVA-163 fixant la composition du jury departemental de l Yonne au BAFA (3 pages)

Page 30

ARS Bourgogne Franche-Comté

BFC-2026-06-01-00002

Décision ARS-BFC-DOSA-2026-1329 portant suspension, en application de l'article L.6122-13 ii du code de la sante publique, de l'autorisation d'activité de soins médicaux et de réadaptation (SMR) mention polyvalent délivrée à VP sante et mise en oeuvre au centre médical La Vénerie à Champlemy (58)

DECISION ARS-BFC-DOSA-2026-1329 PORTANT SUSPENSION, EN APPLICATION DE L'ARTICLE L.6122-13 II DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, DE L'AUTORISATION D'ACTIVITE DE SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION (SMR) MENTION POLYVALENT DELIVREE A VP SANTE ET MISE EN ŒUVRE AU CENTRE MEDICAL LA VENERIE A CHAMPLEMY (58)

**LA DIRECTRICE GENERALE DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE DE
BOURGOGNE FRANCHE-COMTE**

VU le code de la santé publique, notamment L.1432-2, L.6111-2, L.1413-14, L.6122-1 à L.6122-21, R.1413-67 à R.1413-69, R.6111-1 et suivants, R.6111-10, R.6122-23 et suivants, R.6123-118 à R.6123-126, D.6124-177-1 à D.6124-177-10 ;

VU le décret du 30 juillet 2025 portant nomination de Madame Mathilde MARMIER en qualité de Directrice Générale de l'agence régionale de santé (ARS) de Bourgogne Franche-Comté ;

VU l'arrêté du 6 avril 2011 modifié relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé ;

VU la décision ARS-BFC-DOSA-2024-2759 du 27 décembre 2024 autorisant pour une durée de sept ans l'activité de soins médicaux et de réadaptation mention polyvalent pour le centre médical La Vénerie à Champlémy (numéro Finess du site : 580780203) ;

VU les décisions de la HAS en 2022, 2024 et 2025 ne certifiant pas à trois reprises consécutives l'établissement ;

VU l'inspection réalisée sur place les 30 septembre et 1^{er} octobre 2025, diligentée par la Directrice Générale de l'ARS de Bourgogne Franche-Comté, et les constats effectués par la mission d'inspection ;

VU la lettre de notification de manquements signée par la Directrice Générale de l'ARS de Bourgogne Franche-Comté (ARS) datée du 7 octobre 2025 ;

VU les réponses apportées et éléments transmis en retour à cette notification de manquements par courrier daté du 10 octobre 2025 et reçu à l'ARS le 14 octobre 2025 ;

VU la lettre d'injonction signée par la Directrice Générale de l'ARS de Bourgogne Franche-Comté datée du 27 octobre 2025, accompagnée de l'analyse des réponses motivant le maintien des manquements et l'injonction à les faire cesser définitivement dans un délai de trois mois, et reçues à la même date par le titulaire de l'autorisation ;

VU le courrier du titulaire de l'autorisation indiquant qu'il renonce à l'autorisation d'activité de soins médicaux et de réadaptation, mention addictologie (SMR-A) daté du 10 novembre 2025 ;

VU le rapport d'inspection adressé au centre médical le 30 décembre 2025 ;

VU les réponses apportées et éléments transmis en retour à la lettre d'injonction par le centre médical la Vénérie les 27 janvier et 27 février 2026 par le titulaire de l'autorisation ;

VU le courrier de la Directrice Générale de l'ARS de Bourgogne Franche-Comté exigeant un envoi structuré des éléments de preuve par le titulaire de l'autorisation le 12 février 2026 ;

VU les réponses transmises le 10 mars 2026 par le titulaire de l'autorisation ;

VU le contrôle sur site réalisé les 8 et 9 avril 2026 afin de vérifier l'exécution des mesures prises par l'établissement pour satisfaire aux injonctions notifiées ;

VU le courrier du 19 mai 2026 accompagné par le rapport d'inspection des 8 et 9 avril 2026 informant le titulaire de l'autorisation du projet de suspension temporaire de l'autorisation d'activité de soins médicaux et de réadaptation mention polyvalent mise en œuvre sur le site de Champlemy et l'invitant à présenter ses observations ;

VU les observations présentées par le titulaire de l'autorisation par courriel du 26 mai 2026 ;

VU l'avis de Madame la Préfète de la Nièvre ;

CONSIDÉRANT que les décisions successives de non-certification prononcées par la Haute Autorité de santé, en janvier 2022, en mai 2024 en septembre 2025, traduisaient des fragilités structurelles de l'organisation et une maîtrise insuffisante des risques associés aux soins, susceptibles d'altérer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients, caractérisées notamment par :

- une dynamique d'amélioration continue incomplète et insuffisamment structurée ;
- des défaillances dans l'évaluation des pratiques professionnelles, avec un niveau particulièrement insuffisant en matière de suivi et d'exploitation des résultats cliniques
- des difficultés dans la coordination des équipes et la continuité de la prise en charge ;
- des insuffisances dans le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et dans la traçabilité des prises en charge ;
- une inadéquation partielle des ressources humaines aux besoins de l'activité ;

CONSIDÉRANT que les fragilités structurelles identifiées, tenant notamment à des insuffisances dans l'organisation des soins, la gestion des risques et la coordination des équipes, étaient susceptibles de compromettre la sécurité et la qualité des prises en charge, justifiant la réalisation d'une inspection afin d'en apprécier la réalité, l'ampleur et les conséquences sur la prise en charge des patients ;

CONSIDÉRANT que la lettre de notification des manquements du 7 octobre 2025, consécutive à l'inspection réalisée les 30 septembre et 1er octobre 2025, portait sur 5 manquements révélant une défaillance globale de l'organisation des soins :

- Manquement 1 : non-conformité de l'activité SMR pour la mention addictologie ;
- Manquement 2 : insuffisance de pilotage de l'établissement pour les 2 mentions (addictologie et polyvalent) ;
- Manquement 3 : insuffisance de ressources humaines soignantes stables et suffisamment formées pour les 2 mentions ;
- Manquement 4 : insuffisance de la qualité et de la sécurité des prises en charge pour les 2 mentions ;
- Manquement 5 : inefficacité du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et insuffisance de la sécurisation de cette prise en charge pour les 2 mentions ;

CONSIDÉRANT que les mesures correctrices adoptées ou envisagées présentées en réponse par courrier daté du 10 octobre 2025 et reçu à l'ARS le 14 octobre 2025 étaient insuffisantes pour lever les manquements notifiés ;

CONSIDÉRANT que, conformément à l'article L.6122-13 alinéa 2, la Directrice Générale de l'ARS a adressé une lettre, datée du 27 octobre 2025, enjoignant le titulaire de l'autorisation de prendre toutes dispositions nécessaires et de faire cesser définitivement les manquements constatés dans un délai de 3 mois ;

CONSIDÉRANT que le titulaire ayant informé l'ARS de la renonciation à son autorisation SMR mention addictologie et la cessation effective de cette activité le 10 novembre 2025, le manquement n°1 relatif à la non-conformité de leur activité pour cette mention a été levée ;

CONSIDÉRANT que, s'agissant du manquement n°2 relatif au pilotage de l'établissement, les injonctions notifiées portaient sur la nécessité de rétablir un fonctionnement institutionnel conforme et opérationnel, de nature à garantir la qualité et la sécurité des prises en charge ; qu'à ce titre, il était attendu :

- le rétablissement et le fonctionnement régulier des instances de gouvernance et de qualité (notamment CME, CLUD, CLAN, CLIN, COVIRIS, COMEDIMS), ainsi que la tenue effective et tracée des réunions de direction et des instances représentatives ;
- l'actualisation du projet d'établissement et du projet médico-soignant, afin de définir un cadre stratégique et organisationnel cohérent avec les activités autorisées ;
- la formalisation et la traçabilité des décisions relatives à l'admission des patients, reposant sur des critères partagés et adaptés aux capacités de prise en charge de l'établissement ;
- la stabilisation de l'encadrement et le renforcement des compétences managériales des équipes dirigeantes, afin d'assurer un pilotage effectif, tant stratégique qu'opérationnel ;
- la mise en place d'une organisation du travail stable, lisible et adaptée aux besoins de l'activité, accompagnée d'une communication interne effective auprès des professionnels ;
- la mise en œuvre d'une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, fondée sur un dispositif opérationnel de gestion des risques ;
- le développement d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles structurée, incluant le recueil, l'analyse et l'exploitation des données issues des pratiques ;
- la mise en conformité du dispositif de déclaration des événements indésirables graves associés aux soins auprès de l'ARS ;
- la réalisation d'analyses approfondies des événements indésirables, incluant l'identification des causes profondes, la mise en place d'actions correctrices et l'organisation de retours d'expérience auprès des équipes.

CONSIDÉRANT que, s'agissant du manquement n°3 relatif aux ressources humaines affectées à la prise en charge, les injonctions notifiées portaient sur la nécessité de garantir la présence d'équipes soignantes stables, qualifiées et en nombre suffisant pour assurer la continuité et la sécurité des soins ; qu'à ce titre, il était attendu :

- la constitution d'un effectif infirmier stable, reposant majoritairement sur du personnel titulaire, afin de limiter le recours aux professionnels intérimaires et de garantir la continuité des pratiques de soins ;
- la présence effective de personnel soignant salarié, notamment la nuit, en nombre suffisant et disposant d'une connaissance adaptée de l'organisation et des protocoles de l'établissement ;

- la réduction du recours massif aux personnels intérimaires et vacataires, ainsi que la mise en place de modalités d'intégration et d'accompagnement permettant leur appropriation des pratiques et des outils de l'établissement ;
- la mise à disposition des compétences nécessaires au regard des besoins des patients pris en charge, notamment par la présence de professionnels intervenant dans le champ social ;
- la mise en œuvre d'un plan de formation structuré et suivi, incluant en particulier la formation aux gestes et soins d'urgence, et permettant de garantir que l'ensemble des professionnels, titulaires comme non titulaires, disposent des compétences actualisées nécessaires à la prise en charge des patients.

CONSIDÉRANT que, s'agissant du manquement n°4 relatif à la qualité et la sécurité des prises en charge, les injonctions notifiées portaient sur la nécessité de garantir une prise en charge adaptée aux besoins des patients, conforme aux autorisations délivrées et reposant sur une organisation médicale et soignante sécurisée ; qu'à ce titre, il était attendu :

- l'adéquation des profils de patients pris en charge avec les compétences médicales et soignantes effectivement disponibles au sein de l'établissement, notamment pour les patients au profil pathologique relevant d'une prise en charge par des SMR autorisés dans d'autres mentions que la mention polyvalent ;
- la présence de compétences médicales conformes aux exigences réglementaires applicables aux activités de soins médicaux et de réadaptation, en particulier en matière de réadaptation et de prise en charge de pathologies spécifiques ;
- l'organisation effective de temps de transmissions médicales et paramédicales suffisants, permettant d'assurer la continuité et la coordination des soins ;
- la mise en œuvre de pratiques conformes aux recommandations en matière d'évaluation et de prise en charge de la douleur, incluant la formation des professionnels, la traçabilité des évaluations et des réévaluations, ainsi que des prescriptions médicamenteuses complètes et adaptées ;
- la sécurisation de la prise en charge des urgences vitales, reposant sur des professionnels formés, des procédures opérationnelles connues et des équipements adaptés et disponibles ;
- l'élaboration, la traçabilité et la mise en œuvre, pour chaque patient, d'un plan de soins individualisé et d'un projet thérapeutique global personnalisé ;
- la mise à disposition d'un système d'information adapté, permettant une traçabilité complète, fiable et exploitable des actes de soins et des informations cliniques nécessaires à la prise en charge des patients.

CONSIDÉRANT que, s'agissant du manquement n°5 relatif au système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, les injonctions notifiées portaient sur la nécessité de garantir une organisation sécurisée, maîtrisée et conforme aux exigences réglementaires applicables à la prise en charge médicamenteuse ; qu'à ce titre, il était notamment attendu :

- la mise en œuvre effective d'un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins structuré dans le domaine de la prise en charge médicamenteuse, reposant sur des instances fonctionnelles, un pilotage identifié et un suivi opérationnel des actions engagées ;
- la mise en place d'un dispositif de formation structuré et tracé relatif à la prise en charge médicamenteuse et au circuit du médicament, permettant de garantir le maintien des compétences des professionnels ;
- l'appropriation et l'accessibilité du système documentaire par l'ensemble des professionnels, y compris les personnels non permanents, afin d'assurer l'application homogène des procédures ;
- la mise en conformité du dispositif de déclaration des événements indésirables graves associés aux soins auprès de l'agence régionale de santé, ainsi que la réalisation d'analyses approfondies de ces événements, incluant l'identification des causes, la définition d'actions correctrices et l'organisation de retours d'expérience ;
- la mise en place d'un dispositif interne de déclaration et de gestion des événements indésirables opérationnel, structuré et permettant un suivi effectif des actions d'amélioration ;
- la sécurisation des pratiques de prescription médicamenteuse, incluant des prescriptions complètes, conformes aux exigences réglementaires et aux données de référence, ainsi qu'une limitation du recours aux prescriptions conditionnelles insuffisamment encadrées ;
- la sécurisation de la gestion des médicaments pour besoins urgents, incluant leur identification, leur traçabilité, leurs conditions de détention et leur contrôle régulier ;
- la maîtrise des opérations de préparation, de dispensation et de distribution des médicaments, incluant la prévention des risques d'erreurs liés aux reconditionnements ou aux modalités de délivrance ;
- la sécurisation de la détention et de la traçabilité des médicaments à risque, notamment des stupéfiants, conformément aux exigences réglementaires ;
- la conformité des conditions de conservation des médicaments, notamment pour les spécialités thermosensibles ou à modalités particulières de détention ;
- la formalisation des conventions nécessaires à l'approvisionnement en médicaments spécifiques, notamment ceux réservés à l'usage hospitalier.

CONSIDÉRANT que les éléments transmis par l'établissement en réponse aux injonctions sont incomplets, insuffisamment structurés et, pour partie, non étayés par des éléments probants permettant d'attester de la mise en œuvre effective des actions correctrices attendues, justifiant un rappel le 12 février 2026 par l'autorité de tutelle de la transmission attendue de documents étayés et numérotés pour comprendre les actions conduites ;

CONSIDÉRANT qu'à la suite de l'envoi structuré en date du 10 mars 2026 des éléments de réponse à la lettre d'injonctions, il apparaissait que ceux-ci étaient insuffisants à faire cesser définitivement les manquements constatés ;

CONSIDÉRANT qu'une mission de contrôle sur site a alors été diligentée les 8 et 9 avril 2026 afin de vérifier la mise en conformité de l'établissement ;

CONSIDÉRANT que la mission de contrôle réalisée les 8 et 9 avril 2026 a permis de constater que les mesures correctrices attendues n'ont pas été mises en œuvre de manière effective et suffisante, et que les manquements initialement relevés persistent dans des domaines essentiels à la sécurité des patients ;

CONSIDÉRANT que les observations et éléments transmis par l'établissement le 26 mai 2026, en réponse au courrier du 19 mai 2026 l'informant du projet de suspension de son autorisation d'activité de SMR polyvalent, n'ont pas permis de démontrer qu'il avait été satisfait à l'injonction faite par courrier du 27 octobre 2025 ;

CONSIDÉRANT que les dysfonctionnements objectivés suivants perdurent :

S'agissant du manquement n°2 relatif au pilotage de la structure, la mission de contrôle des 8 et 9 avril 2026 a constaté, au regard notamment des exigences résultant des articles L.6111-2, R.6111-1 et suivants, L.1413-14 et R.1413-67 à R.1413-69 du code de la santé publique, que, malgré la reprise de certaines instances et la transmission de documents formalisés par l'établissement, plusieurs mesures correctrices attendues n'étaient pas effectivement déployées ni opérationnelles.

En particulier, si le projet d'établissement a bien été présenté en réunion institutionnelle le 26 mars 2026, en CME le 12 mai 2026, et devrait être présenté en CDU le 5 juin 2026, rien ne prouve l'association des équipes et de la CME à son élaboration, et le statut de ce document n'est pas clair car il est toujours daté de décembre 2025, période à laquelle ce projet commençait tout juste à être travaillé au vu des documents transmis. Cette absence de cadre stratégique finalisé ne permet pas de garantir que l'activité de SMR polyvalent repose sur une organisation médicale, soignante et qualité stabilisée, partagée et conforme aux exigences applicables.

La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins n'est ni suffisamment structurée ni opérationnelle.

Si l'établissement a recruté un responsable qualité et engagé un accompagnement externe, le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ne repose pas encore sur une analyse globale et actualisée des risques, ne permet pas un suivi effectif des actions correctrices et demeure insuffisamment approprié par les professionnels. Les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles restent ponctuelles, non systématisées et insuffisamment exploitées pour objectiver l'amélioration effective des pratiques.

Le processus d'admission illustre particulièrement l'écart entre les mesures annoncées et leur mise en œuvre effective. L'établissement a transmis à l'ARS une procédure relative à l'admission des patients en SMR polyvalent, comportant des critères d'inclusion et d'exclusion, validée en CME en février 2026. Toutefois, lors du contrôle, cette procédure n'était ni testée ni mise en œuvre. L'analyse de 31 dossiers patients sur les 50 patients présents au 8 avril 2026 a mis en évidence l'absence, dans l'ensemble des dossiers examinés, de la grille d'inclusion et d'exclusion annoncée comme applicable. Les décisions d'admission demeurent insuffisamment tracées et ne comportent pas d'analyse motivée de l'adéquation entre l'état de santé des patients, leurs besoins de soins et les capacités effectives de prise en charge de l'établissement.

Cette absence de maîtrise du processus d'admission a conduit à l'accueil de patients dont les besoins excèdent les capacités attendues d'un SMR polyvalent. Il ressort notamment de l'analyse réalisée par le médecin inspecteur que, parmi les 50 patients présents, 17 patients présentaient un profil oncologique, dont 15 avec un cancer actif. Pour 9 d'entre eux, les situations cliniques relevaient d'une prise en charge plus adaptée en SMR mention oncologie, compte tenu notamment de la présence de néoplasie active en inter-cures de chimiothérapie ou d'immunothérapie, d'aplasie ou de risques d'aplasie, de pansements complexes, de surveillance de dispositifs implantés de type CIP ou PICC Line, de stomies ou de situations palliatives évolutives. Ces éléments caractérisent un défaut persistant d'adéquation entre les profils de patients admis et les capacités effectives de prise en charge de l'établissement, porteur de risque pour la sécurité des soins, notamment des patients présentant une néoplasie active en cours de traitement.

Dans ces conditions, le pilotage de l'établissement ne permet pas de garantir une régulation effective de l'activité, une maîtrise suffisante des risques associés aux soins ni une orientation et une prise en charge pertinentes et sécurisées des patients admis en SMR polyvalent.

S'agissant du manquement n°3 relatif aux ressources humaines affectées à la prise en charge, la mission d'inspection a constaté que, malgré les recrutements engagés par l'établissement, l'organisation demeure structurellement dépendante de professionnels non permanents.

Si la présence de quatre infirmiers diplômés d'État en contrat à durée indéterminée a été constatée en avril 2026, l'analyse des plannings de janvier à avril 2026 fait apparaître le recours à 74 infirmiers intérimaires ou vacataires et à 93 aides-soignants intérimaires ou vacataires. Cette organisation se caractérise par un fort renouvellement des intervenants, 60 % des infirmiers et 74 % des aides-soignants concernés étant nouvellement intervenus dans l'établissement en 2026, ainsi que par des durées moyennes d'intervention très courtes, de l'ordre de 4 jours pour les infirmiers intérimaires et de 2 jours pour les aides-soignants.

Les équipes de nuit sont assurées exclusivement par des infirmiers intérimaires ou vacataires, et les prises en charge durant les week-ends reposent majoritairement sur ces mêmes personnels, alors même que ces périodes sont particulièrement sensibles pour la continuité et la sécurité des soins. Cette organisation expose l'établissement à des ruptures de continuité, à des pertes d'information, à des difficultés de transmission et à une hétérogénéité des pratiques.

En l'absence de dispositif structuré, formalisé et tracé d'accueil, d'intégration et de formation des professionnels non permanents, l'établissement ne garantit pas que ces intervenants disposent d'une connaissance suffisante de l'organisation interne, des procédures applicables, du logiciel de soins, des modalités de gestion des urgences, des règles relatives à la prise en charge médicamenteuse et du dispositif de déclaration des événements indésirables. Cette situation est aggravée par l'absence de vérification systématique du niveau de formation aux gestes et soins d'urgence des professionnels non titulaires, seuls deux dossiers sur quarante examinés attestant d'une formation valide.

Il en résulte que l'organisation des ressources humaines ne permet pas d'assurer, de manière stable et fiable, la continuité des pratiques de soins, l'appropriation des procédures internes et la sécurisation des situations à risque. Cette instabilité constitue un facteur aggravant des autres manquements constatés, notamment en matière de gestion des urgences, de prise en charge médicamenteuse, de traçabilité et de coordination pluridisciplinaire.

S'agissant du manquement n°4 relatif à la qualité et la sécurité des prises en charge, le contrôle réalisé en avril 2026 met en évidence des défaillances persistantes et structurelles, directement objectivées par l'analyse des dossiers médicaux des patients.

L'examen de 31 dossiers sur les 50 patients présents au 7 avril 2026 montre des insuffisances récurrentes dans l'évaluation initiale des besoins, l'élaboration, la formalisation, la mise en œuvre et la réévaluation des projets thérapeutiques individualisés. Les projets thérapeutiques sont insuffisamment structurés, ne reposent pas toujours sur un bilan pluridisciplinaire initial, comportent des objectifs souvent généraux, non opérationnels, non individualisés et non assortis d'une durée prévisionnelle. Les réévaluations sont irrégulières, voire absentes, et les actions de prévention, d'éducation thérapeutique, de réinsertion ou de préparation de la sortie

sont insuffisamment formalisées. Ces carences caractérisent une absence de conformité aux dispositions de l'article R.6123-119 du code de la santé publique.

L'analyse des dossiers a notamment mis en évidence que 29 dossiers sur 31 ne comportaient pas d'objectifs thérapeutiques opérationnels ni de durée prévisionnelle, que 20 dossiers sur 31 ne comportaient pas de véritable bilan pluridisciplinaire initial et que 19 patients sur 31 ne bénéficiaient pas d'au moins une séquence thérapeutique quotidienne telle qu'attendue dans le cadre d'une activité de SMR polyvalent. De ce fait, l'activité exercée n'est ni conforme aux articles R.6123-119 et D. 6124-177-II du code de la santé publique, communs à toutes les mentions de SMR dont la mention Polyvalent, ni à l'article D.6124-177-10, spécifique à la mention Polyvalent.

Ces insuffisances traduisent l'absence persistante d'un projet thérapeutique individualisé pleinement structuré, adapté à l'état de santé du patient, coordonné entre les professionnels et réévalué au cours du séjour. Elles ne permettent pas de garantir que les patients bénéficient d'une prise en charge conforme aux objectifs d'une activité de SMR, notamment en matière de réadaptation, de récupération fonctionnelle, de prévention de la perte d'autonomie, de préparation du retour à domicile ou d'orientation vers une structure adaptée, contrairement à ce qui est prévu par l'article R6123-118 du CSP. De plus, ni le praticien désigné médecin coordonnateur, ni aucun des deux autres médecins généralistes salariés, ne justifient d'une spécialisation, ou d'une formation, ou d'une expérience attestée en réadaptation, ce qui contrevient aux articles D. 6124-177-4 et 8 du CSP.

Les modalités d'évaluation et de prise en charge de la douleur demeurent également insuffisamment maîtrisées, en méconnaissance des dispositions de l'article L.1110-5 alinéa 3 du CSP. L'analyse des dossiers met en évidence des insuffisances dans l'évaluation initiale et la réévaluation de la douleur, une traçabilité incomplète et une utilisation inadaptée des échelles d'évaluation, notamment pour les patients non communicants. Ces insuffisances exposent les patients à un risque de prise en charge inadéquate de la douleur.

Par ailleurs, les conditions de continuité et de sécurité des prises en charge demeurent insuffisamment garanties. Si des améliorations ont été constatées dans l'organisation de la présence médicale et de l'astreinte, la mission relève la persistance d'insuffisances concernant l'accès au dossier patient informatisé et sa complétude, la formalisation des conduites à tenir en cas d'urgence médicale, l'adhésion au réseau des urgences, l'opérationnalité des conventions avec les établissements de recours et la capacité des professionnels, notamment non permanents, à mobiliser rapidement les procédures et outils nécessaires en situation critique et d'urgence vitale. Ces éléments contreviennent aux dispositions des articles R.6123-124 et -125 du CSP.

L'établissement ne dispose pas de conventions pleinement opérationnelles permettant de garantir l'accès effectif, organisé et sécurisé aux structures de recours, notamment pour les prises en charge de court séjour, l'imagerie et les urgences, en violation des dispositions des articles R.6123-123 à -125 du CSP. Cette insuffisance est d'autant plus préoccupante que l'établissement accueille des patients présentant des profils cliniques lourds ou évolutifs, notamment des patients à profil oncologique, dont la prise en charge nécessite une articulation effective avec les équipes spécialisées et les établissements adresseurs.

Il résulte de l'ensemble de ces éléments que l'organisation des prises en charge ne permet pas de garantir, de manière constante et sécurisée, l'adéquation entre les besoins des patients accueillis, les compétences disponibles, les moyens mobilisables et les exigences applicables aux activités de SMR polyvalent.

S'agissant du manquement n°5 relatif à la prise en charge médicamenteuse, le contrôle d'avril 2026 a permis de constater certaines améliorations, notamment la correction de plusieurs situations à risque immédiat et la formalisation progressive de certaines procédures. Toutefois, ces évolutions demeurent partielles. Elles ne suffisent pas à établir l'existence d'un système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse structuré, opérationnel et approprié par les professionnels.

- Le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse reste insuffisant, constituant un manquement aux dispositions de l'article L.6111-2 du CSP et de l'arrêté du 6 avril 2011 (pour ses dispositions applicables aux établissements non desservis par une pharmacie à usage intérieur). Ont été relevés en particulier l'absence de pilotage structuré (indicateurs, suivi, évaluation) et une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins peu formalisée ;
- L'analyse des événements indésirables liée à la prise en charge médicamenteuse est non conforme (absence de méthode structurée), le suivi des actions correctives est insuffisant et le dispositif est peu accessible au personnel intérimaire. La culture de déclaration reste fragile, ce qui constitue un manquement aux dispositions de l'article L.1413-14 du CSP et de l'arrêté du 6 avril 2011 (art. 10 et 11) ;
- Le système documentaire est peu connu des professionnels, notamment des intérimaires et son appropriation reste insuffisante et les formations sont insuffisamment tracées, ce qui constitue un manquement aux dispositions de l'arrêté du 6 avril 2011 (art. 6 et 7) ;
- Des défaillances organisationnelles de la prise en charge médicamenteuse et du circuit du médicament persistent, et en particulier l'absence de contrôle infirmier à la réception des médicaments, l'absence d'audits tracés et réguliers de la pharmacienne conventionnée, une gestion des péremptions défaillante (présence de produits

périmés), qui constituent des non-conformités aux dispositions des articles L.5126-10 et R.4312-38 du CSP et de l'arrêté du 6 avril 2011 (art. 13) ;

- Le système d'information de l'établissement est inadapté, outre le fait que le personnel de l'établissement n'est pas suffisamment formé à son utilisation, ses limites fonctionnelles impactent la qualité de la prescription des médicaments, de leur administration et de la surveillance de leurs effets et donc de toute la prise en charge ;
- Ainsi, si l'établissement a corrigé certaines situations à risque immédiat, la prise en charge médicamenteuse demeure marquée par un risque organisationnel persistant, tenant à l'insuffisance du pilotage qualité, à l'appropriation incomplète des procédures, à la formation insuffisamment tracée des professionnels, à la gestion encore imparfaite des événements indésirables et aux difficultés de traçabilité. Ces insuffisances persistantes ne permettent pas de garantir, à ce jour, la sécurisation effective de la prise en charge médicamenteuse des patients accueillis.

CONSIDÉRANT que ces manquements ne se limitent pas à des insuffisances organisationnelles ou documentaires, mais traduisent une absence de maîtrise effective des processus de soins, ayant pour conséquence d'exposer les patients à des risques de prise en charge inadaptée, d'erreurs médicamenteuses, de défaut de qualité, continuité et sécurité des soins et de non-détection ou non-gestion d'événements indésirables graves associés aux soins (EIGAS) ;

CONSIDÉRANT que ces risques sont aggravés par leur caractère systémique et répété, résultant d'une organisation structurellement instable et insuffisamment sécurisée, et qu'ils persistent en dépit des injonctions notifiées, traduisant l'incapacité de l'établissement à garantir, dans des délais compatibles avec la sécurité des patients, une mise en conformité effective ;

CONSIDÉRANT ainsi que la persistance de ces manquements, pris isolément et plus encore dans leur combinaison, ne permet pas de garantir que les patients accueillis bénéficient d'une prise en charge adaptée à leur état de santé, conforme aux exigences applicables aux activités de SMR polyvalent et assurée dans des conditions suffisantes de qualité, de sécurité et de continuité, notamment en ce qui concerne l'admission des patients, la structuration des projets thérapeutiques, la coordination pluridisciplinaire, la stabilité et la formation des équipes, la gestion des urgences, la traçabilité des prises en charge et la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse ;

CONSIDÉRANT que les améliorations constatées depuis l'inspection des 30 septembre et 1^{er} octobre 2025 demeurent partielles, récentes et insuffisamment stabilisées, qu'elles ne permettent pas de considérer que les injonctions notifiées ont été satisfaites dans le délai imparti ; qu'au terme du contrôle de suivi réalisé les 8 et 9 avril 2026 et de l'analyse des pièces reçues le 26 mai 2026, 25 des 36 constats initialement relevés, soit 69%, demeurent maintenus

totalemment ou partiellemment ; que cette proportion élevée traduit l'insuffisance des mesures correctrices mises en œuvre par l'établissement au regard des exigences applicables à l'activité de soins médicaux et de réadaptation mention polyvalent ;

CONSIDÉRANT que les défaillances relevées traduisent une absence de maîtrise effective de processus essentiels de soins et exposent les patients à des risques actuels, insuffisamment maîtrisés, tenant notamment à une prise en charge inadaptée, à un défaut de surveillance, à une erreur médicamenteuse, à une rupture de continuité des soins ou à la non-détection et à la non-gestion d'événements indésirables graves associés aux soins ;

CONSIDÉRANT que si l'établissement argue, dans son courrier du 26 mai 2026, de la résolution de l'ensemble des écarts constatés les 8 et 9 avril 2026, les éléments transmis ne permettent en aucun cas de le démontrer ; en l'espèce l'analyse par l'ARS de l'évènement indésirable grave associé aux soins déclaré le 18 mai 2026 met précisément en évidence la persistance de dysfonctionnements précédemment relevés ; elle démontre en particulier que les constats 8 et 11 du manquement 2, le constat 5 du manquement 3 et le constat 6 du manquement 4 demeurent non résolus en pratique, malgré les engagements correctifs présentés par l'établissement ;

CONSIDÉRANT que l'établissement fait état, de manière récurrente, de mesures correctrices présentées comme de nature à remédier aux dysfonctionnements identifiés lors des contrôles et inspections diligentes ; qu'il ressort toutefois des constats réalisés, ainsi que des éléments recueillis, qu'il persiste un écart significatif entre les procédures, organisations et garanties annoncées sur le plan documentaire et leur mise en œuvre effective dans les pratiques professionnelles quotidiennes ;

CONSIDÉRANT que des mesures moins contraignantes ont été mises en œuvre préalablement, notamment la notification de manquements, l'émission d'injonctions et l'accompagnement de l'établissement dans la mise en conformité, sans permettre de faire cesser définitivement les défaillances constatées ;

CONSIDÉRANT que, malgré les délais accordés et les engagements pris, l'établissement n'a pas démontré sa capacité à mettre en œuvre, dans des conditions opérationnelles et dans des délais compatibles avec la sécurité des patients, les mesures correctrices attendues ;

CONSIDÉRANT qu'il n'a ainsi pas été satisfait aux injonctions notifiées dans le délai imparti ;

CONSIDÉRANT qu'en application de l'article L.6122-13 II du code de la santé publique, lorsqu'il n'est pas satisfait aux injonctions dans le délai fixé, le directeur général de l'ARS peut prononcer la suspension de l'autorisation de l'activités de soins concernée ;

DECIDE

Article 1^{er} : En application du II de l'article L.6122-13 du code de la santé publique, l'autorisation d'activité de soins médicaux et de réadaptation mention polyvalent détenue par le centre médical La Vénerie, situé lieu-dit La Vénerie, 58210 Champlemy, est suspendue.

Cette suspension prend effet à compter du 1^{er} juillet 2026 à 8 heures.

Article 2 : À compter de la notification de la présente décision, aucune nouvelle admission ne pourra être réalisée au titre de l'activité de soins médicaux et de réadaptation mention polyvalent.

Le titulaire de l'autorisation est tenu d'organiser, avant le 1^{er} juillet 2026, le transfert des patients actuellement pris en charge au titre de cette activité vers des structures adaptées à leur état de santé et à leurs besoins de soins.

Ces transferts devront être réalisés dans des conditions garantissant la continuité, la qualité et la sécurité des soins. Le titulaire de l'autorisation devra transmettre à l'ARS quotidiennement tout élément permettant de suivre l'avancement des transferts.

À compter du 1^{er} juillet 2026, aucune prise en charge ne pourra se poursuivre au titre de l'activité suspendue.

Article 3 : Le titulaire portera à la connaissance de l'ARS l'ensemble des mesures prises pour remédier aux manquements notifiés par la lettre de mise en demeure accompagnant la présente décision dans un délai maximum de six mois à compter du 1^{er} juillet 2026.

Article 4 : Cette décision peut faire l'objet, dans les deux mois de sa notification ou de sa publication pour les tiers intéressés, d'un recours gracieux devant la directrice générale de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté et/ou d'un recours hiérarchique devant le ministre chargée de la santé.

Ces recours ne constituent pas un préalable obligatoire au recours contentieux, qui peut être formé devant le tribunal Administratif territorialement compétent dans les deux mois suivant la notification ou la publication de la présente décision.

Ce dernier peut être saisi par requête adressée par lettre recommandée avec accusé de réception, ou de manière dématérialisée via le site Internet



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*



« Télérecours citoyens » accessible à l'adresse suivante « www.telerecours.fr ».

Article 5 : La Directrice de l'Inspection Contrôle Audit et la Directrice de l'Organisation des Soins et de l'Autonomie de l'Agence Régionale de Santé de Bourgogne-Franche-Comté sont chargées de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la Préfecture de Région.

Fait à Dijon, le 1^{er} juin 2026,

La directrice générale,

Mathilde MARMIER

DIRPJJ Grand Centre

BFC-2026-06-01-00001

Décision du 1er juin 2026 portant subdélégation
de signature



Direction interrégionale de la PJJ Grand-Centre

Dossier suivi par : DEPAFI

**DECISION DU 1^{ER} JUIN 2026
PORTANT SUBDELEGATION DE SIGNATURE**

Le Directeur interrégional
de la protection judiciaire de la jeunesse Grand-Centre

Vu la Loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions ;

Vu la Loi organique n°2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances ;

Vu le Décret n°2004-374 du 29 avril 2004 modifié relatif aux pouvoirs des Préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans les régions et départements ;

Vu l'Arrêté du 1^{er} juin 2010 portant règlement de comptabilité du ministère de la justice et des libertés pour la désignation des ordonnateurs secondaires et leurs délégués ;

Vu le Décret du 8 avril 2026 portant nomination de Madame Violaine DEMARET, Préfète de la région Bourgogne Franche-Comté, Préfète de la Côte d'Or ;

Vu l'Arrêté de la Préfète de la région Bourgogne Franche-Comté, Préfète de la Côte d'Or, N° 26-108 BAG du 27 avril 2026 portant délégation de signature à Monsieur Renaud HOUDAYER, Directeur interrégional de la protection judiciaire de la jeunesse Grand-centre ;

Vu l'Arrêté du 20 mars 2019 portant nomination de Monsieur Renaud HOUDAYER, Directeur interrégional de la protection judiciaire de la jeunesse Grand-Centre ;

Vu l'arrêté du 18 mai 2026 portant nomination de Mme Cloé CHAPELET, directrice interrégionale adjointe de la protection judiciaire de la jeunesse Grand-Centre

30 boulevard Clémenceau – CS 27051

21070 Dijon Cedex

Tél. : 03.45.21.86.14 ou 16

Mél : dirpjj-grand-centre@justice.fr



Vu l'Arrêté du 3 août 2020 portant nomination de Monsieur Michel FICHOT, Directeur de l'Évaluation, de la Programmation des Affaires financières et Immobilières ;

Vu l'Arrêté du 8 avril 2021 portant nomination de Mme Muriel HELOISE, Directrice des missions éducatives ;

Vu l'Arrêté du 11 octobre 2011 portant nomination de Madame Noëlle IKHLEF, Responsable de la Gestion Administrative et Financière ;

Vu l'Arrêté du 5 juillet 2024 portant nomination de Mme Laurence ARRIVE, Responsable du contrôle interne financier.

Vu l'arrêté du 24 juin 2025 portant nomination de M. Renaud SAINT GERMAIN, Responsable des affaires financières

DECIDE

Article 1

Subdélégation de signature est donnée à l'effet d'exercer, au nom du Directeur interrégional de la protection judiciaire de la jeunesse Grand-Centre, les compétences d'ordonnateur secondaire et responsable d'unité opérationnelle pour les titres 2, 3, 5 et 6 du budget opérationnel de programme 182-DIGC, de signer les marchés de l'Etat et d'accomplir tous actes relatifs à la rémunération des personnels, à la passation et à l'exécution des marchés dévolus au pouvoir adjudicateur à :

Mme Cloé CHAPELET, Directrice fonctionnelle, Directrice interrégionale adjointe de la Direction interrégionale protection judiciaire de la jeunesse Grand-Centre.

Article 2

Subdélégation de signature est donnée à l'effet d'exercer, au nom du Directeur interrégional de la protection judiciaire de la jeunesse Grand-Centre, les compétences d'ordonnateur secondaire et responsable d'unité opérationnelle pour les titres 3, 5 et 6 du budget opérationnel de programme 182-DIGC, de signer les marchés de l'Etat et d'accomplir tous actes relatifs à la passation et à l'exécution des marchés dévolus au pouvoir adjudicateur dans les limites précisées ci-dessous, à :

Monsieur Michel FICHOT, Conseiller d'administration du ministère de la justice, Directeur de l'évaluation, de la programmation, des affaires financières et immobilières ;

M. Renaud SAINT GERMAIN, Attaché d'administration de l'Etat, Responsable des affaires financières, dans la limite des contractualisations d'un montant inférieur à 25 000 € HT en matière de marchés publics.

Madame Laurence ARRIVE, Attachée principale d'administration de l'Etat, Responsable du contrôle interne financier, dans la limite des contractualisations d'un montant inférieur à 25 000 € HT en matière de marchés publics.

Article 3

Subdélégation de signature est donnée à :

Madame Noëlle IKHLEF, Attachée d'administration de l'Etat, Responsable administrative et financière rattachée à la directrice des ressources humaines, à l'effet de signer toutes les pièces concernant l'exécution des recettes et des dépenses des services de la protection judiciaire de la jeunesse relatives :

- au fonctionnement courant de l'unité opérationnelle Direction Interrégionale Grand-Centre « Titre 2 » ;
- aux prestations médicales et para-médicales, aux dépenses de formation et à l'organisation des concours relevant du « Hors Titre 2 ».

Article 4

Subdélégation de signature est donnée : aux Directeurs-trices territoriaux, Directeurs-trices territoriaux adjoints –es, Directeurs-trices de service, aux Responsables de l'Appui au Pilotage Territorial (RAPT) et aux Directeurs de pôle de la direction :

- pour engager les dépenses de fonctionnement dans les limites indiquées en annexe de la présente décision ;
- pour la validation financière des ordres de mission et états de frais via Chorus-DT.

et aux gestionnaires de la direction interrégionale :

- pour la validation financière des ordres de mission et états de frais via Chorus-DT.

Les personnels concernés sont nommément désignés dans l'annexe à la présente subdélégation.

Article 5

Subdélégation de signature est donnée : aux Responsables d'Unité Educative (RUE), Directeurs-trices

30 boulevard Clémenceau – CS 27051

21070 Dijon Cedex

Tél. : 03.45.21.86.14 ou 16

Mél : dirpjj-grand-centre@justice.fr

territoriaux, Directeurs-trices territoriaux adjoints-es, Directeurs-trices de service, aux Responsables de l'Appui au Pilotage Territorial (RAPT) et aux Directeurs de pôle de la direction :

- pour valider les documents relatifs au service fait - sans limite de montant ;
- pour valider les demandes de billets de train dans l'outil CYTRIC.

Les personnels concernés sont nommément désignés dans l'annexe à la présente subdélégation.

Article 6

Cette décision de subdélégation de signature s'appliquera à compter du 1^{er} Juin 2026.

Toute décision de subdélégation de signature antérieure à la présente décision et toute disposition contraire à celle-ci sont abrogées.

Article 7

Le Directeur interrégional de la protection judiciaire de la jeunesse Grand-Centre est chargé de l'exécution de la présente Décision qui sera publiée au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture.

Article 8

En application des dispositions des articles R. 312-1 et R. 421-1 du code de justice administrative, la présente Décision peut, dans un délai de deux mois à compter de sa publication ou de sa notification, faire l'objet d'un :

- Recours administratif gracieux devant le Directeur interrégional de la protection judiciaire de la jeunesse Grand-Centre, autorité signataire de cette décision ou d'un recours administratif hiérarchique devant le Ministre de la justice ;
- Recours contentieux auprès du Tribunal Administratif territorialement compétent.

En cas de recours administratif, le délai de recours contentieux est prorogé.

Le Directeur interrégional
Renaud HOUDAYER



ANNEXE A LA DECISION RELATIVE AUX SUBDELEGATIONS DE SIGNATURE POUR

LA DIRPJJ GRAND-CENTRE DU 1^{er} JUIN 2026

1 - Liste des personnes autorisées à :

- Engager des dépenses de fonctionnement (titre 3) dans la limite de 3 000 € HT
- Signer les conventions relatives à la prise en charge financière par des familles d'accueil (titre 6)
- Valider les documents relatifs au service fait en une étape sans limite de montant
- Certifier les Services Faits dans chorus module certification sans limite de montant
- Valider les états de frais dans Chorus-DT

Direction Interrégionale Grand Centre - siège

- Mme Noëlle IKHLEF, responsable de la gestion des affaires financières RH (1)
- Mme Muriel HELOISE, Directrice des Missions Educatives
- Mme Géraldine PELTIER-TETU, Directrice des Missions Educatives adjointe
- Mme Christine MARTIN, Responsable de la gestion des emplois, des parcours et des compétences

(1) Mme Noëlle IKHLEF est autorisée à engager les dépenses figurant à l'article 3 de la décision de subdélégation sans limite de montant

Direction territoriale Yonne-Nièvre

- Mme Sophie BRIOTTET, Directrice territoriale **(2)**
- M. Charles-Henri BOLE, Directeur territorial adjoint
- Mme Valérie BERCIER-INACIO, Responsable Appui au Pilotage Territorial

(2) Mme Sophie BRIOTTET est également autorisée à signer toutes les conventions relatives à la prise en charge financière dans un dispositif d'accueil de jour (DAJ)

Direction territoriale Centre-Orléans

- Mme Christine EINAUDI, Directrice territoriale
- Mme Sylvie HERNANDEZ, Responsable Appui au Pilotage Territorial

Direction territoriale Touraine-Berry

- M. Guillaume DELAUNEY, Directeur territorial
- Mme Alexia-Sandy GAILLARD, Directrice territoriale adjointe
- Mme Sylvine LYAET, Responsable Appui au Pilotage Territorial

Direction territoriale Côte d'or-Saône et Loire

- Mme Florence PINTARD, Directrice territoriale
- Mme Emilie MOINGEON, Responsable Appui au Pilotage Territorial

Direction territoriale Franche-Comté

- M. Frédéric PARRA, Directeur territorial
- Mme Mary-José SOUVIELLE, Directrice territoriale adjointe
- Mme Estelle SIMERAY, Responsable Appui au Pilotage Territorial

2 - Liste des personnes autorisées à :

- Engager des dépenses de fonctionnement (titre 3) dans la limite de 1 500 € HT
- Valider les documents relatifs au service fait en une étape sans limite de montant
- Certifier les Services Faits dans chorus module certification sans limite de montant
- Signer les conventions relatives à la prise en charge financière par des familles d'accueil (titre 6)
- Valider les états de frais dans Chorus-DT et les commandes de titres de transport dans CYTRIC

Direction territoriale Yonne-Nièvre

- Mme Déborah HERVE-KECHICHIAN, Directrice du STEMO Yonne
- Mme Victoria LAURENT, Directrice de l'EPE Bourgogne-ouest
- M. Manuel SOULA, Directeur du STEMOI de Nevers

Direction territoriale Centre-Orléans

- M. Dramane SANON, Directeur du STEMO Loiret
- Mme Majda BADAOU! Directrice du STEMO Chartres par intérim
- Mme Claire LORY, Directrice de l'EPEI de Chartres
- Mme Ynes MAZOU, Directrice du CEF de la Chapelle Saint Mesmin

Direction territoriale Touraine-Berry

- M. Emmanuel VALETTE, Directeur du STEMO Berry
- Mme Laëtitia LUCK, directrice suppléante de l'EPEI de Bourges
- Mme Cathy MUNSCH, Directrice du STEMO Tours
- Mme Isabelle REBOUSSIN, Directrice du STEMOI de Blois

Direction territoriale Côte d'or-Saône et Loire

- Mme Victoria GSTALTER, Directrice du STEMOI Dijon
- M. Jean-Luc MOUNIER, Directeur du STEMOI de Chalon-sur-Saône
- Mme Sonia CRESSON, Directrice du CEF Chatillon-sur-Seine
- M. Thomas ZIMMERMANN, Directeur de l'EPE Bourgogne-Est

Direction territoriale Franche-Comté

- Mme Nathalie MEOT, Directrice du STEMO sud Franche-Comté
- Mme Bénédicte BRICE-BAUGENEZ, Directrice du STEMOI nord Franche-Comté
- Mme Sylvie LIENARD, Directrice du STEMO Haute-Saône – Territoire de Belfort
- Mme Ombeline ROUAZ, Directrice de l'EPEI de Besançon

3 – Liste des responsables d'unité éducative (RUE) habilités à :

- Valider les documents relatifs au service fait sans limite de montant
- Valider les commandes de titres de transport dans l'outil CYTRIC
- Certifier les Services Faits dans chorus module certification sans limite de montant

Direction territoriale Touraine-Berry

- UEMO BOURGES : M Farid BOUKHARI
- UEMO CHATEAUROUX : M. Khalid EL HILALI
- UEAJ BOURGES : Mme Salima SAINDOU
- UEHC BOURGES : Mme Dalila ZORGANI
- UEMO TOURS OUEST : Mme Alexandra MENARD
- UEMO TOURS VAILLANT : Mme Virginie ROJO-BOMPAS
- UEMO BLOIS : M. Cheikh NDIAYE
- UEHD TOURS : Mme Lydia MICHALCZENIA
- UEAJ VAL DE LOIRE : M. Stéphane BARBE

Direction territoriale Centre-Orléans

- UEMO ORLEANS NORD : *poste vacant*
- UEMO ORLEANS SUD : M. Sébastien KECK
- UEMO MONTARGIS : *poste vacant*
- UEHC CHARTRES : M. Pierre-Emmanuel BASTIDE
- UEHDR FLEURY LES AUBRAY : Mme Aude BALME
- UEAJ ST JEAN LE BLANC : Mme Bérénice GAILLEN-GUEDY
- CEF LA CHAPELLE ST MESMIN : Ms Bilal NATLAOUI et Hichem GHANDRI
- UEMO CHARTRES : Mme Séverine COME
- UEMO DREUX : M. Christophe ADELAIDE

Direction territoriale Yonne-Nièvre

- UEMO AUXERRE : *poste vacant*
- UEMO SENS : Mme Christelle CARDOT-GIOVANNELLI

30 boulevard Clémenceau – CS 27051
21070 Dijon Cedex
Tél. : 03.45.21.86.14 ou 16
Mél : dirpjj-grand-centre@justice.fr

7 / 10



- UEMO NEVERS : Mme Audrey DAVID
- UEAJ NEVERS : néant
- UEHC / MISSION D'INSERTION SOCIO-PROFESSIONNELLE D'AUXERRE : Mme Valérie KUCHLER
- UEHDR NEVERS : néant

Direction territoriale Côte d'or-Saône et Loire

- UEMO DIJON : Mme Virginie RENOULD
- UEAJ DIJON : Mme Amina BOULARESS
- CEF CHATILLON SUR SEINE : Ms Yassine LAHTANI et Amjad LAGRINI
- UEHC DIJON : Mme Nadia FARCHI (HAIZOUN)
- UEHD CHALON SUR SAONE : Mme Gazala SASSI-JACQUES
- UEMO LE CREUSOT : Mme Rachida BOUDJADJA
- UEMO CHALON SUR SAONE : M. Ibrahim RABO
- UEAJ CHALON SUR SAONE : Mme Christelle ARNOUX
- UEMO MACON : Mme Stéphanie LACOMME

Direction territoriale Franche-Comté

- DT FRANCHE COMTE : M. Louis MOREL et Mme Sophie GAUTHIER
- UEMO BESANCON 1 : M. Eric MONTEGNIES
- UEMO BESANCON 2 : Mme Anissa SCHICK
- UEMO JURA (LONS LE SAUNIER) : Mme Anne LAUVERNAY
- UEMO MONTBELIARD : Mme Maria MARCEAU
- UEAJ AIRE URBAINE (DANJOUTIN) : Mme Céline WIEDER
- UEMO HAUTE SAONE VESOUL : M. Julien ROQUES
- UEMO BELFORT : M. Philippe BERNACCHI
- UEHC BESANCON : Mme Chantal VIVIEN
- UEAJ BESANCON : M. Noël ALAMU

4 - Liste des personnes de la DIR PJJ Grand-Centre autorisées à :

- Valider les états de frais dans Chorus-DT
 - Effectuer l'envoi des OAP
 - Valider les demandes d'achat et de subvention dans CHORUS
 - Utiliser le module « Tiers » dans chorus : création, modification, suppression
 - Certifier les Services Faits dans chorus module certification sans limitation de montant
-
- o M. Christophe ATHIAS, Gestionnaire budgétaire
 - o Mme Céline BECK, Gestionnaire budgétaire



- M. Mehdi BENKORBAA, Gestionnaire budgétaire
- M. Alexandre BERTON, Gestionnaire budgétaire
- Mme Sylvie DE BIASI, Gestionnaire budgétaire
- Mme Karine LAZARE, Gestionnaire budgétaire
- M. Axel MELS, Responsable du secteur associatif habilité
- M. Adrien REBEIX, Energie manager interrégional
- Mme Rachel WEILL, Gestionnaire budgétaire

5 - Liste des personnes de la DIR PJJ Grand-Centre autorisées à :

- Utiliser le module « Tiers » dans chorus : création, modification, suppression
- Effectuer l'envoi des OAP
- Certifier les Services Faits dans chorus module certification sans limitation de montant :
 - M. Pascal BENEDETTI
 - Mme Céline HAJJAJI
 - Mme Margot PERSON

6 - Liste des personnes de la DIR PJJ Grand-Centre et DT autorisées à :

- Utiliser le module « Tiers » dans chorus : création, modification, suppression

DIRPJJ GRAND CENTRE : Mme Christine BOURALLA

Direction territoriale Yonne-Nièvre

- DIRECTION TERRITORIALE YONNE-NIEVRE SIEGE et toutes les unités listées ci-après : Mmes Sophie MATHIEU et Marie BAILLY
- UEMO AUXERRE / UEMO SENS : Mmes Sylvia SELOUP et Célestine LEQUEUX
- UEMO NEVERS / UEAJ NEVERS : Mmes Sylvie LAUVERGEON et Karine REYDET
- UEHC AUXERRE /MISSION D'INSERTION SOCIO-PROFESSIONNELLE D'AUXERRE / UEHDR NEVERS : Mmes Béatrice RENAUD

Direction territoriale Touraine-Berry

- DIRECTION TERRITORIALE TOURAINE-BERRY SIEGE et toutes les unités listées ci-après : M. Tanguy LEFEVRE
- UEHC BOURGES / UEHC BOURGES / UEHD TOURS : Mme Karine SEILLER, Bachra HANI et Florence BURIET
- UEMO BOURGES /UEMO CHATEAUROUX : Mmes Alexandra FRAGNET et Anicia SAMOT
- UEMO TOURS OUEST (CLOCHEVILLE) / UEMO TOURS OUEST (VAILLANT) : Mmes Sandra TOUCHARD et Pauline CAPELY
- UEMO BLOIS / UEAJ VAL DE LOIRE (sites de Tours et Blois) : Mmes Jennifer BORDIER, Caroline LAMBERT-CLEMENT et Manon CARRE

Direction territoriale Centre-Orléans

- DIRECTION TERRITORIALE CENTRE-ORLEANS SIEGE et toutes les unités listées ci-après : Mme Mélanie MENOUEUR
- UEMO ORLEANS NORD ET SUD : UEMO MONTARGIS : Mmes Pauline MORET, Christine PILLETTE et Laurence SEULIN
- UEHC CHARTRES / UEHDR FLEURY LES AUBRAIS / UEAJ ST JEAN LE BLANC : Mmes Alexandra POUTEAU, Carole HOSPITAL et Coralie THOUVENIN
- CEF LA CHAPELLE ST MESMIN : Mme Ladhati DJOUMOI
- UEMO CHARTRES / UEMO DREUX : Mmes Caroline DAUVERGNE et Isabelle JEGOUREL

Direction territoriale Côte d'or-Saône et Loire

- DIRECTION TERRITORIALE COTE-D'OR SAONE-ET-LOIRE SIEGE et toutes les unités listées ci-après : Mme Floriane BIAZZO
- UEMO DIJON / UEAJ DIJON : Mmes Isabelle MINOTTE, Valérie PISSELOUP et Karima EL HADDOUCHI
- CEF CHATILLON SUR SEINE : Mme Aurianne COLIN
- UEHC DIJON / UEHD CHALON SUR SAONE : Mmes Virginie LAFARGES et Fatima RAHMOUNE
- STEMOI CHALON SUR SAONE / UEMO LE CREUSOT / UEMO CHALON SUR SAONE / UEAJ CHALON SUR SAONE / UEMO MACON : Mmes Valérie MESTRE, Morjhane FERHI, Nathalie PETITJEAN, Angélique MARCHAND et Stéphanie ROLAND

Direction territoriale Franche-Comté

- DIRECTION TERRITORIALE FRANCHE-COMTE SIEGE et toutes les unités listées ci-après : M. Louis MOREL et Mme Sophie GAUTHIER
- UEMO BESANCON 1 ET 2 / UEMO JURA (LONS LE SAUNIER) : Mmes Sandrine VITTORI, Sandra REQUET et Sandrine TRUCHE
- UEHC BESANCON / UEAJ BESANCON : Mme Karima AMEZIANE-BOUJRAF
- UEMO MONTBELIARD / UEAJ AIRE URBAINE (DANJOUTIN) : Mmes Joëlle GROSSIR, Sandrine CHAMPENDAL et Pascale JULLEROT
- UEMO HAUTE SAONE VESOUL / UEMO BELFORT : Mmes Alison JEANMOUGIN et Laurinda PEREIRA-OURIVES

Rectorat de la région académique Bourgogne
Franche-comté

BFC-2026-05-21-00008

Arrete DRAJES-2026-00369-JEPVA-163 fixant la
composition du jury departemental de l Yonne
au BAFA

Arrêté n° DRAJES-2026-00369-JEPVA-163

fixant la composition du jury départemental de l'Yonne
au Brevet d'Aptitude aux Fonctions d'Animateur (BAFA)

La Rectrice de la Région Académique Bourgogne Franche-Comté

VU le code de l'action sociale et des familles, notamment l'article R227-12,

VU le décret n° 2015-872 du 15 juillet 2015 relatif aux brevets d'aptitude aux fonctions d'animateur et de directeur en accueils collectifs de mineurs,

VU l'arrêté ministériel du 15 juillet 2015 relatif aux brevets d'aptitude aux fonctions d'animateur et de directeur en accueil de mineurs, modifié par l'arrêté du 12 février 2021,

VU le décret n° 2020-870 du 15 juillet 2020 relatif aux attributions du Ministre de l'Éducation Nationale, de la jeunesse et des sports,

VU le décret n° 2020-1542 du 9 décembre 2020 relatif aux compétences des autorités académiques dans le domaine des politiques de jeunesse, de l'éducation populaire, de la vie associative, de l'engagement civique et des sports et à l'organisation des services chargés de sa mise en œuvre,

VU l'arrêté n° BFC-2020-12-17-002 du 17 décembre 2020 portant organisation de la Délégation Régionale Académique à la Jeunesse, à l'Engagement et aux Sports en Bourgogne-Franche-Comté,

VU le décret du 16 mars 2022 portant nomination de la rectrice de la région académique Bourgogne-Franche-Comté, rectrice de l'académie de Besançon – Mme ALBERT-MORETTI Nathalie,

VU l'arrêté du 20 mai 2025 portant nomination de monsieur Laurent POTTIER, Délégué régional académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports de Bourgogne-Franche-Comté ;

VU l'arrêté n°BFC-2025-06-03-00002 du 3 juin 2025 portant délégation de signature à monsieur Laurent POTTIER, délégué régional académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports de Bourgogne Franche-Comté,

VU l'arrêté n°DRAJES-2025-002305-SAT du 15 décembre 2025, portant subdélégation de signature aux agents de la délégation régionale académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports de Bourgogne-Franche-Comté,

A R R Ê T E

Article 1 : Sont nommés membres du jury départemental chargé d'attribuer le brevet d'aptitude aux fonctions d'animateur dans le département de l'Yonne, pour une durée de trois ans, à compter de ce jour :

1 - Les agents du service départemental à la jeunesse, à l'engagement et au sport de la Direction des Services Départementaux de l'Éducation Nationale

- Madame Valérie GABARD, cheffe du service Jeunesse, Engagement, Sports et présidente du jury,
- Madame Ophélie DENIZOT, conseillère d'éducation populaire et de jeunesse,
- Madame Maryline BROSSARD-DUBOIS, conseillère d'éducation populaire et de jeunesse,
- Monsieur Julien PASQUIER, conseiller d'éducation populaire et de jeunesse.

Le secrétariat est assuré par Madame Evelyne SERVILLE, adjointe administrative.

2 - Les représentants des organismes de formation habilités à former des personnels d'encadrement d'accueil collectifs de mineurs

- Monsieur Brice LUHAKA, représentant la Fédération Sportive et Culturelle de France (FSCF), ou son suppléant désigné,
- Madame Audrey PIPAULT, représentant les Francas de l'Yonne, ou son suppléant désigné,
- 3^{ème} poste non pourvu.

3 - Les représentants d'organismes d'accueils collectifs de mineurs

- Madame Ariane NOYON, représentant la Ville d'Auxerre,
- Monsieur Swevan MENEGAZZO, représentant le Domaine Equestre de Chevillon,
- Madame Samantha GROppo, représentant l'Association des Centres de Loisirs du Migennois.

4 - Le représentant d'un organisme de prestations familiales

- Madame Marie-Laure LE GOFF, représentante de la directrice générale de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) de Bourgogne.

Article 2 : La présidence du jury est assurée par Madame Valérie GABARD. En cas d'absence le jour du jury, la présidence est confiée à Madame Ophélie DENIZOT, ou Madame Maryline BROSSARD-DUBOIS, ou Monsieur Julien PASQUIER. En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

Article 3 : Le jury peut s'adjoindre, en tant que de besoin et à titre consultatif, de toutes personnes qualifiées.



**RÉGION ACADÉMIQUE
BOURGOGNE-
FRANCHE-COMTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Délégation régionale académique
à la jeunesse, à l'engagement et aux sports**

Article 4 : Le présent arrêté abroge l'arrêté n° DRAJES-2026-0010-JEPVA-163 du 16/01/2026.

Article 5 : Le directeur académique des services de l'Éducation Nationale de l'Yonne est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Besançon, le 21 mai 2026

Pour la Rectrice, et par délégation,
Le chef du pôle jeunesse,
engagement et vie associative

Samuel LANDREAU